Agence de santé publique du Canada
Public Health Agency of Canada

mai 2005

mai 2005

# Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida

Canada

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

On peut se procurer ce rapport :


**Par la poste** Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses,
Agence de santé publique du Canada
Pré Tunney, Indice de l'adresse 0602B
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

**Ou** Centre national d'information sur le sida
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, Bureau 400
Ottawa, (Ontario)
Canada, K1Z 8R1
Téléphone : (613) 725-3434, Télécopieur : (613) 725-1205

**Par Internet** On peut avoir accès électroniquement aux *Actualités en épidémiologie* dans les deux langues officielles sur Internet à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca.



© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada représentée par le Ministre de la Santé (2005)


Cat. H121-5/2005F
ISBN 0-662-74034-3
(En direct) Cat. H121-5/2005F-PDF
ISBN 0-662-74035-1

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

# *Actualités en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

## Remerciements

La surveillance au niveau national du VIH et du sida est possible à la suite de la participation de toutes les provinces et de tous les territoires à la surveillance du VIH et du sida et à l'élaboration d'orientations dans ce but. En conséquence, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient à remercier les coordonnateurs provinciaux et territoriaux du VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les fournisseurs de soins de santé et les médecins déclarants pour la fourniture de données confidentielles non nominatives qui permettent la publication de ce rapport. Sans leur étroite collaboration et participation à la surveillance du VIH et du sida, la publication de ce rapport n'aurait pas été possible. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient aussi à souligner les contributions de nombreux chercheurs, membres des communautés et d'organisations non gouvernementales, dont la Société canadienne du sida, pour leurs précieuses contributions et remarques, faites au cours de la préparation du présent rapport.

**N.B.** Il faut citer ce document comme la source de tous renseignements extraits de celui-ci et utilisés.

**Mode de citation suggéré :** Agence de santé publique du Canada. *Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA, mai 2005,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005.

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualités en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses
Agence de santé publique du Canada
Pré Tunney, Indice de l'adresse 0602B
Ottawa (Ont.) K1A 0K9

Téléphone : (613) 954-5169
Télécopieur : (613) 946-8695

## Renseignements pour les lecteurs de : *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*

La Division de la surveillance et de l'évaluation des risques du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, a le plaisir de vous transmettre le numéro de mai 2005 des *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida.*

Le Centre exerce des activités de surveillance et de recherche, en ce qui a trait à l'épidémiologie et aux sciences de laboratoire liées au VIH/sida. Dans le cadre de son mandat, le Centre procède à la compilation annuelle des *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* en vue de présenter un résumé des tendances récentes et de l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH au Canada.

Tous les numéros des *Actualités en épidémiologie* sont offerts à l'adresse mentionnée ci-dessus, ainsi que dans notre site Web : www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html. Les *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* viennent compléter d'autres publications du Centre qui sont également affichées dans notre site Web.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Dr Chris Archibald MDCM, MHSc, FRCPC
Directeur

# Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses


| | |
|---|---|
| **Division de la surveillance et de l'évaluation des risques** | **Téléphone : (613) 954-5169**<br>**Télécopieur : (613) 946-8695** |


**Personnel de la Division qui collabore à la production des Actualités en épidémiologie :**

| | |
|---|---|
| **Directeur** | Chris Archibald, MDCM, MHSc, FRCPC |
| Adjointe exécutive | Moheenee Soondrum |

**Section de l'épidémiologie du VIH/sida**

| | |
|---|---|
| Entrepreneur | Yogesh Choudhri, MD, MPH |
| Agent de surveillance | Stephen Cule, BSc |
| Agent de surveillance | Tony Bove-Dallas |

**Section de la surveillance du VIH/sida**

| | |
|---|---|
| Chef | Jennifer Geduld, MHSc, BSc |
| Analyste de recherche princ. | Jennifer Pennock, MSc, BSc |
| Analyste de recherche | Chris Sheardown, BA |
| Agent de surveillance | Bruce Tudin, MA, BES |
| Analyste de surveillance | Caroline Chevalier, BSc |
| Analyste de surveillance | Stéphane Racette |

**Programme des agents de surveillance**

| | |
|---|---|
| Agent principal de surveillance | Tig Shafto, PhD |
| Épidémiologiste principal | Gayatri Jayaraman, PhD, MPH |
| Analyste de recherche | Neil Goedhuis, BSc |
| Agente de surveillance | Elsie Wong, MBA, BSN |
| Agente de surveillance | Michelyn Wood, MS, BS |
| Agente de surveillance | Sonia Harmen, MAppS, BSc |
| Agente de surveillance | Jane Njihia, MHSc, BSc, RN |
| Agente de surveillance | Tracey MacDonald, BN, MN, CMHN |
| Entrepreneur | Sabrina Plitt, PhD |

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

# VIH/sida
# *Actualités en épidémiologie*
## Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

## Table des matières


| | | |
|---|---|---|
| 1 | Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002 | 1 |
| 2 | Les infections à VIH existantes au Canada : près de 30 % ne seraient pas diagnostiquées | 7 |
| 3 | Dépistage et déclaration de l'infection à VIH au Canada | 11 |
| 4 | L'infection à VIH et le sida chez les jeunes au Canada | 17 |
| 5 | L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada | 25 |
| 6 | Le VIH/sida chez les personnes âgées au Canada | 31 |
| 7 | Transmission périnatale du VIH | 39 |
| 8 | Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les collectivités autochtones et noires demandent davantage d'attention | 47 |
| 9 | L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant | 53 |
| 10 | Les infections au VIH chez les HRSH au Canada | 67 |
| 11 | Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada | 77 |
| 12 | Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada | 87 |
| 13 | Relations orales et risque de transmission du VIH | 95 |
| 14 | La surveillance des souches de VIH-1 au Canada | 103 |
| 15 | Résistance primaire aux antirétroviraux contre le VIH au Canada | 107 |
| 16 | Le nonoxinol-9 et le risque de transmission du VIH | 115 |
| | Glossaire | 121 |

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

1

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

# Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002

## *Points saillants*

- **Il faut faire preuve de plus de vigilance pour maîtriser l'épidémie d'infection à VIH au Canada.**
- **Un plus grand nombre de Canadiens vivent avec l'infection à VIH; on estimait ce nombre à 56 000 à la fin de 2002.**
- **En 2002, le nombre global de nouveaux cas était de l'ordre de 2 800 à 5 200, soit sensiblement le même qu'en 1999.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Cette section des *Actualités en épidémiologie* présente les estimations du nombre total de Canadiens qui vivaient avec une infection à VIH à la fin de 2002 (prévalence) et du nombre de personnes qui ont contracté l'infection au cours de la même année (incidence), mettant ainsi à jour les données de 1999. Les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH à l'échelle nationale sont une composante du travail effectué par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Utilisées en guise d'outil pour suivre l'évolution de l'épidémie d'infection à VIH et pour aider à évaluer et à orienter les activités de prévention, les estimations sont un élément du travail continu d'évaluation et de gestion du risque mené par le Centre.

## Méthodologie

La méthodologie utilisée pour estimer la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH à l'échelle nationale est complexe et incertaine. Cette méthodologie, similaire à celle dont se sont servis les États-Unis[1] et d'autres pays[2], est décrite ci-dessous et a déjà été expliquée en détail[3].

L'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta représentent à elles quatre plus de 85 % de la population du Canada et plus de 95 % des cas signalés d'infection à VIH et de sida. Des estimations distinctes de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH ont été calculées pour chacune de ces quatre provinces dans chaque catégorie d'exposition : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH), les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les HRSH-UDI, les hétérosexuels (les hétérosexuels qui ont eu des contacts sexuels avec une personne qui est

1

soit déjà infectée par le VIH, soit à risque pour le VIH, les personnes dont les contacts hétérosexuels constituent le seul risque identifié, les personnes originaires d'un pays où l'infection à VIH est endémique) et les autres (les receveurs d'une transfusion sanguine ou d'un facteur de coagulation, les cas de transmission périnatale ou professionnelle). La méthodologie utilisée pour estimer la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH est fondée sur une combinaison de méthodes et reprend les données de sources très variées, notamment les rapports de cas de sida, les bases de données provinciales sur les tests de dépistage du VIH, les enquêtes basées sur une population, les études épidémiologiques ciblées et les données du recensement. Une version préliminaire des estimations a été produite au moyen de cette méthodologie et, par la suite, des experts de chacune des quatre provinces, y compris des autorités sanitaires, des chercheurs et des représentants communautaires, ont été consultés. En tenant compte des informations extrêmement utiles ainsi obtenues, il a été possible d'améliorer les estimations provisoires.

Pour chacune des quatre provinces, la prévalence de l'infection à VIH a été estimée par catégorie d'exposition, au moyen des trois méthodes. Selon la Méthode 1 (méthode directe), le nombre de cas existants d'infection à VIH s'obtient en multipliant le taux de prévalence par la taille estimative de la population (population totale pour ce groupe). Les Méthodes 2 et 3 (méthodes indirectes) ont été combinées pour estimer la prévalence de l'infection à VIH; elles sont toutes deux basées sur le nombre de cas diagnostiqués d'infection à VIH et sur les données relatives au comportement en matière de dépistage de l'infection à VIH. Dans la Méthode 2, le nombre cumulatif d'infections à VIH, moins le nombre cumulatif de décès causés par le sida, a été divisé par la proportion de la population qui avait déjà subi un test de dépistage du VIH. Dans la Méthode 3, le nombre de cas d'infection à VIH diagnostiqués en 2002 a été divisé par la proportion de la population qui avait subi un tel test au cours de l'année précédente. Le résultat de cette opération a été ensuite additionné au nombre cumulatif de cas d'infection à VIH diagnostiqués à la fin de 2001 (moins le nombre cumulatif de décès causés par le sida) et à l'estimation de l'incidence du VIH en 2002.

On a obtenu le nombre des nouveaux cas en multipliant le taux d'incidence par la taille estimative de la population à risque (population totale de ce groupe, moins le nombre de personnes déjà infectées par le VIH).

## Résultats

### Estimations de la prévalence

On observe une augmentation du nombre de personnes vivant avec l'infection à VIH, y compris les cas de sida (cas d'infection existants). À la fin de 2002, on estimait ce nombre à environ 56 000 (entre 46 000 et 66 000) personnes, ce qui représente une augmentation de 12 % environ par rapport à l'estimation ponctuelle de la fin de 1999 (49 800 personnes, tableau 1). Sous l'angle des catégories d'exposition, les cas existants d'infection à VIH en 2002 comprenaient 32 500 HRSH (58 % du total), 11 000 UDI (20 % du total), 10 000 hétérosexuels (18 % du total), 2 200 HRSH/UDI (4 % du total) et 300 cas attribués à la catégorie d'exposition « autres » (moins de 1 % du total, tableau 1).

### Estimations de l'incidence

L'apparition de nouveaux cas d'infection à VIH progresse à peu près au même rythme qu'il y a trois ans. On estime qu'il y a eu en 2002, au Canada, environ 2 800 à 5 200 nouveaux cas d'infection à VIH, comparativement à un nombre estimatif de 3 310 à 5 150 en 1999 (tableau 2). Il ressort clairement des estimations pour 2002 par catégorie d'exposition que le groupe des HRSH continue de présenter le plus grand nombre de nouveaux cas (de 1 000 à 2 000), ce qui représente 40 % du nombre total de nouveaux cas d'infection pour le Canada et une légère augmentation par rapport aux 38 % estimés en 1999 (figure 1). La proportion de nouvelles infections dans le groupe des UDI a légèrement

**Tableau 1. Nombre estimatif d'infections à VIH existantes au Canada et intervalles d'incertitude correspondants à la fin de 2002, comparativement à 1999 (les estimations ponctuelles et les intervalles sont arrondis)**

| | HRSH | HRSH/UDI | UDI | Hétérosexuels | Autres | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2002 | 32 500 (26 000-39 000) | 2 200 (1 500-3 000) | 11 000 (8 500-13 500) | 10 000 (7 000-13 000) | 300 (200-400) | 56 000 (46 000-66 000) |
| 1999 | 29 600 (26 000-33 400) | 2 100 (1 700-2 600) | 9 700 (8 100-11 800) | 8 000 (6 300-10 100) | 400 (330-470) | 49 800 (45 000-54 600) |

HRSH : hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes; UDI : utilisateurs de drogues par injection; hétérosexuels : hétérosexuels qui ont eu des contacts sexuels avec une personne à risque pour le VIH, personnes originaires d'un pays où l'infection à VIH est endémique et personnes dont les contacts hétérosexuels constituent le seul risque identifié; autres : les receveurs d'une transfusion sanguine ou de produits sanguins, les cas de transmission périnatale ou professionnelle.

**Tableau 2. Intervalles d'incertitude estimatifs pour le nombre de nouvelles infections à VIH au Canada en 2002, comparativement à 1999 (intervalles arrondis)**

| | HRSH | HRSH/UDI | UDI | Hétérosexuels | Autres* | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2002 | 1 000-2 000 | 150-350 | 800-1 600 | 600-1 300 | < 20 | 2 800-5 200 |
| 1999 | 1 190-2 060 | 190-360 | 1 030-1 860 | 610-1 170 | < 20 | 3 310-5 150 |

*Il y a très peu de nouveaux cas dans la catégorie « Autres » et ils sont surtout attribuables à la transmission périnatale.

régressé, passant de 34 % en 1999 à 30 % en 2002 (entre 800 et 1 600 nouveaux cas en 2002). La proportion attribuée à la catégorie d'exposition « hétérosexuels » a légèrement augmenté, passant de 21 % en 1999 à 24 % en 2002 (entre 600 et 1 300 nouveaux cas en 2002).

La figure 1 montre de quelle façon la distribution des nouveaux cas d'infection à VIH selon la catégorie d'exposition a changé depuis le début de l'épidémie d'infection à VIH au Canada. Jusqu'en 1996, la proportion des nouvelles infections attribuables aux UDI a augmenté de façon soutenue; mais depuis, elle a diminué. Inversement, la proportion imputée aux HRSH a régulièrement diminué jusqu'en 1996 et a augmenté depuis. La proportion attribuée à la catégorie d'exposition constituée par les hétérosexuels a augmenté de façon constante depuis le début de l'épidémie.

### Tendances chez les femmes

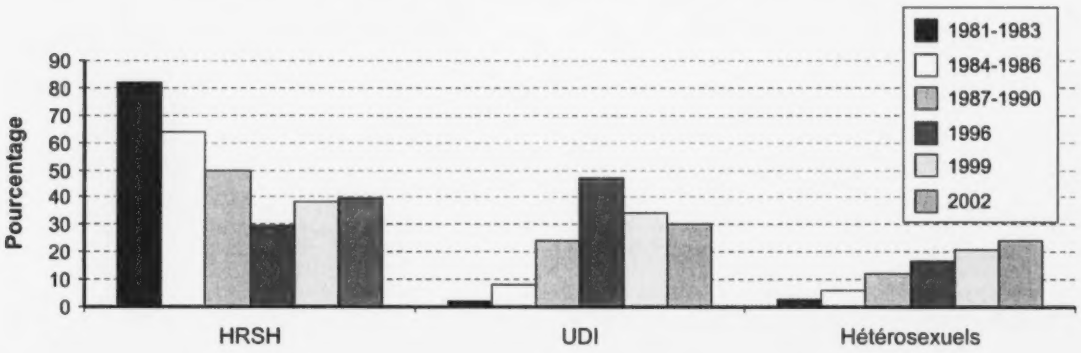
À la fin de 2002, on estimait à 7 700 (entre 6 500 et 9 000) le nombre de femmes vivant avec l'infection à VIH, y compris les cas de sida; ce nombre représentait 14 % du total des cas au Canada. Il s'agit donc d'une augmentation de 13 % par rapport aux 6 800 cas estimés en 1999. Par ailleurs, on observait de 600 à 1 200 nouvelles infections à VIH parmi les femmes en 2002, ce qui représente 23 % de toutes les nouvelles infections, une constatation similaire à celle de 1999. Du point de vue de la distribution des nouveaux cas d'infection par catégorie d'exposition chez les femmes, il semble qu'une proportion légèrement supérieure de cas doive être attribuée à la catégorie des hétérosexuelles en 2002, comparativement à 1999 (53 % contre 46 %). Le reste des nouveaux cas d'infection est attribué aux UDI.

### Tendances chez les Autochtones

À la fin de 2002, on estimait à environ 3 000 à 4 000 le nombre d'Autochtones atteints de l'infection à VIH; ce nombre représente environ 5 % à 8 % de tous les cas existants d'infection à VIH. Par comparaison, en 1999, ce chiffre était de 2 500 à 3 000 personnes,

1

**Figure 1. Distribution estimative (%) des nouvelles infections à VIH dans les différentes catégories d'expositon au Canada, selon la période**




ce qui représente environ 6 % du total des cas. Au Canada, en 2002, les Autochtones représentaient environ 250 à 450 nouveaux cas d'infection à VIH, soit de 6 % à 12 % du total, comparativement à 9 % en 1999. En 2002, la distribution des nouvelles infections par catégorie d'exposition chez les Autochtones était similaire à celle de 1999 : 63 % chez les UDI, 18 % chez les hétérosexuels, 12 % chez les HRSH et 7 % chez les HRSH-UDI.

### Personnes venant de pays où le VIH est endémique dans la catégorie d'exposition hétérosexuelle

Comme on l'a déjà mentionné, la catégorie d'exposition hétérosexuelle est un groupe hétérogène qui comprend les personnes ayant eu un contact sexuel avec une personne à risque pour le VIH (comme un UDI ou un homme bisexuel), les personnes qui sont nées dans un pays où le VIH est endémique et les personnes qui ne présentent pas de risques reconnaissables à part les contacts sexuels avec des membres du sexe opposé. D'après les proportions de rapports de test positif pour le VIH et de cas de sida signalés, il y aurait eu en 2002 quelque 3 700 à 5 700 infections à VIH existantes et de 250 à 450 nouvelles infections chez les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, ce qui représente de 7 % à 10 % environ des infections existantes et de 6 % à 12 % des infections nouvelles au Canada. Nous collaborons actuellement avec nos partenaires provinciaux et territoriaux, les chercheurs et les groupes communautaires afin d'étudier des façons de mieux comprendre la situation actuelle et les tendances de l'infection à VIH dans ce groupe.

### Infections à VIH non diagnostiquées : l'épidémie cachée

Lorsque les méthodes décrites dans d'autres publications sont appliquées[1,2], environ 17 000 (de 13 000 à 21 000) des quelque 56 000 cas existants d'infection en 2002 (ou 30 %) ne savaient pas qu'ils étaient infectés. Il est particulièrement difficile d'estimer le nombre de personnes dans ce groupe parce qu'elles échappent à la vigilance des systèmes de santé et de surveillance des maladies, n'ayant pas encore subi de tests ni reçu de diagnostic d'infection à VIH. Ce groupe est particulièrement important, car tant qu'un diagnostic n'a pas été établi, ses membres ne peuvent se prévaloir des stratégies de traitement disponibles ou des services de counselling visant à prévenir la propagation du VIH.

## Commentaires

Les méthodes employées pour estimer la prévalence et l'incidence du VIH exploitent au maximum une multitude de données. La production de ces estimations nationales devient de plus en plus difficile à cause des limites actuelles associées aux données de surveillance du VIH et de l'accès limité à des

données de recherche portant précisément sur l'incidence et la prévalence du VIH ainsi que la taille des groupes à risque. Nous essayons actuellement de réduire les limites inhérentes à la surveillance du VIH au Canada de concert avec nos partenaires provinciaux et territoriaux et les groupes communautaires. Il faut renforcer la recherche épidémiologique au Canada en vue d'obtenir de l'information qui aidera à améliorer les estimations. Afin de donner une idée des difficultés liées à ces données, soulignons que la présentation des estimations de 2002 diffère de celle des années précédentes, en ce sens que l'accent est davantage mis sur les intervalles de variation plutôt que sur les estimations ponctuelles, en particulier dans le cas de l'incidence pour laquelle les données sur les tendances récentes sont plus limitées. Toutefois, compte tenu des renseignements dont nous disposons, nous croyons avoir brossé un tableau plausible de l'épidémie au Canada.

D'après les données dont nous disposons, un plus grand nombre de Canadiens vivent avec l'infection à VIH, et le taux global de nouvelles infections en 2002 était à peu près le même qu'en 1999. Les HRSH demeurent le groupe le plus touché, et les nouvelles infections chez les UDI continuent de baisser légèrement. Les infections attribuées à la catégorie hétérogène d'exposition hétérosexuelle continuent d'augmenter progressivement. Il faut poursuivre les travaux visant à mieux comprendre les raisons de ces tendances. Il est évident que les taux d'infection demeurent anormalement élevés dans toutes les catégories d'exposition. Selon les résultats des études, il y a encore un nombre appréciable de personnes qui vivent avec le VIH sans savoir qu'elles sont infectées, et les Autochtones sont surreprésentés parmi les victimes de l'épidémie d'infection à VIH au Canada.

Il faut exercer une plus grande vigilance si l'on veut contrer efficacement l'épidémie d'infection à VIH au Canada. Il faudra notamment disposer de stratégies plus efficaces pour prévenir les nouvelles infections dans tous les groupes à risque et offrir des services au nombre croissant de Canadiens qui vivent avec l'infection à VIH, en particulier les personnes vulnérables et défavorisées. Enfin, il est de plus en plus nécessaire de régler la question du petit nombre de données disponibles afin de pouvoir mieux comprendre et surveiller toute l'ampleur de l'épidémie d'infection à VIH au Canada.

## Références


1. Holmberg S. *The estimated prevalence of HIV in 96 large US metropolitan areas.* Am J Public Health 1996;86:642-54.

2. Walker N, Stanecki KA, Brown T, Stover J, et coll. *Methods and procedures for estimating HIV/AIDS and its impact: the UNAIDS/WHO estimates for the end of 2001.* AIDS 2003; 17:1-11.

3. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002,* RMTC 2003;29:197-206.

## 1 Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

2

# Les infections à VIH existantes au Canada : près de 30 % ne seraient pas diagnostiquées

## *Points saillants*

- **On estimait à 56 000 le nombre de personnes vivant avec l'infection à VIH (y compris le sida) à la fin de 2002.**
- **De ce nombre, environ 17 000, soit 30 %, ne savaient pas qu'elles étaient infectées.**
- **Étant donné les nouveaux traitements offerts contre le VIH, il importe plus que jamais que tous les Canadiens puissent avoir accès aux tests de dépistage du VIH.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

La présente section de *Actualités en épidémiologie* traite du nombre estimatif de Canadiens qui, à la fin de 2002, avaient contracté le VIH sans le savoir. On y présente également un sommaire des données disponibles sur les caractéristiques des personnes qui ont subi un test de dépistage du VIH au Canada.

## Dépistage du VIH au Canada

Il peut être utile pour plusieurs raisons de savoir si l'on est infecté ou non par le VIH. Les conseils prodigués au moment du dépistage du VIH peuvent jouer un rôle critique quant à la manière de réduire le risque d'infection à VIH. Lorsqu'une personne s'avère séropositive, on peut envisager d'amorcer une thérapie antirétrovirale. S'il s'agit d'une femme enceinte, le traitement peut faire passer de 25 % à 8 % ou moins les risques que le nourrisson soit infecté[1].

Depuis 1985, les Canadiens ont la possibilité de subir le test de dépistage du VIH. Certaines personnes ont eu accès aux services de dépistage par l'entremise de tests codés ou confidentiels au cabinet du médecin, dans une clinique ou à des centres de dépistage anonyme.

Les données des rapports de test positif pour le VIH sont transmises par toutes les provinces et tous les territoires du Canada au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) et elles sont incorporées au rapport semi-annuel le plus récent : *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 30 juin 2003*[2]. Ces renseignements sont non nominatifs et confidentiels, les tests en double pour la même personne étant éliminés dans la mesure du possible. Il est nécessaire d'enlever les doubles afin de rendre compte fidèlement du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chaque année. Les taux

d'élimination des doubles entrées varient selon l'année, la province et la nature des données (nominatives, non nominatives ou anonymes). Il importe de noter que, dans la plupart des provinces, cette capacité d'éliminer les tests en double s'est grandement améliorée depuis 1995.

## Personnes infectées par le VIH sans le savoir

Au 31 décembre 2002[2], 52 680 résultats positifs avaient été signalés au CPCMI. Si l'on tient compte de la sous-déclaration et des retards dans la déclaration, environ 57 000 Canadiens avaient obtenu des résultats positifs aux tests de détection du VIH entre 1985 (année où les tests ont débuté) et la fin de 2002. De ce nombre, environ 18 000 étaient morts à la fin de 2002 (après correction pour tenir compte de la sous-déclaration et des retards dans la déclaration). Ainsi, environ 39 000 de ces 57 000 personnes savaient qu'elles avaient contracté le VIH et étaient toujours vivantes à la fin de 2002.

Il importe de noter que les renseignements relatifs aux tests positifs pour le VIH ne concernent que les personnes trouvées séropositives après un test et ne représentent pas toutes les personnes qui ont été infectées par le VIH, car certaines personnes infectées n'ont pas encore subi de test de dépistage.

En décembre 2003, le CPCMI a publié des estimations relatives à la prévalence du VIH au Canada à la fin de 2002[3]. On estimait qu'à la fin de 2002, près de 56 000 (entre 46 000 et 66 000) Canadiens vivaient avec le VIH, y compris ceux qui vivaient avec le sida. Ce nombre comprend ceux qui connaissent leur état (ont subi un test positif) et ceux qui ne savent pas qu'ils sont infectés.

La différence entre l'ensemble des personnes séropositives et en vie (56 000) et le nombre de personnes conscientes de leur infection et en vie à la fin de 2002 (39 000) nous donne une estimation du nombre de personnes vivantes qui ne savent pas qu'elles sont infectées (dont la séropositivité n'a pas été vérifiée). Cette différence s'élève à environ 17 000 personnes, soit près de 30 % des quelque 56 000 Canadiens qui vivaient avec l'infection à VIH à la fin de 2002.

## Caractéristiques des personnes ayant fait l'objet d'un dépistage

Une enquête pancanadienne effectuée en mars 2003 auprès de personnes de plus de 15 ans ayant fait l'objet d'une sélection aléatoire a révélé qu'un peu plus du quart (27 %) avaient déjà subi un test de dépistage du VIH, abstraction faite des tests effectués à des fins d'assurance, pour faire un don de sang et pour participer à une recherche[4]. Dans cette enquête, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à avoir déjà subi un test (29 % par rapport à 24 %) et parmi les personnes qui ont déclaré avoir subi un test, 42 % n'en avaient pas subi au cours des deux dernières années, 38 % avaient subi un test au cours des deux dernières années et 18 % avaient subi deux tests ou plus au cours des deux dernières années.

Les données de cette enquête de 2003 montrent que la proportion de personnes qui affirment avoir déjà subi un test est plus élevée qu'au moment de l'enquête pancanadienne menée en janvier 1997. Cette enquête avait révélé que 18,6 % des hommes et 16,2 % des femmes âgés de 15 ans et plus avaient subi un test de dépistage du VIH (abstraction faite des tests effectués sur les dons de sang et à des fins d'assurance)[5,6]. Parmi les personnes testées, 39 % avaient subi un test au cours de l'année précédant l'enquête, 57 % durant les deux années précédentes et, dans 43 % des cas, le dernier test remontait à plus de deux ans auparavant. Une autre enquête réalisée en 1996 a montré que, si l'on tient compte des tests connexes tels les tests sur les dons de sang ou pour l'assurance-vie, 41 % des hommes et 31 % des femmes au Canada avaient subi un test de dépistage de l'infection à VIH[7].

Des enquêtes nationales menées auprès de l'ensemble de la population semblent indiquer que ceux qui font état de facteurs de risque sont plus nombreux à avoir subi un test :

- Parmi les répondants hétérosexuels, ceux qui avaient eu deux partenaires ou plus au cours de l'année précédente étaient plus nombreux à avoir subi un test que ceux qui n'avaient eu qu'un seul partenaire (50,5 % contre 17,4 %). Parmi les répondants qui ont dit avoir souffert d'une infection transmise sexuellement (ITS) au cours des cinq dernières années, 58 % avaient subi un test comparativement à 17,4 % des personnes qui n'avaient fait état d'aucune ITS[5,6]. Le pourcentage de Canadiens qui ont subi un test est plus élevé chez ceux qui déclarent avoir des partenaires occasionnels (45 %); ce pourcentage augmente selon le nombre de partenaires, s'établissant à 30 % chez ceux qui déclarent avoir un seul partenaire, à 41 % chez ceux qui déclarent en avoir deux et à 51 % chez ceux qui déclarent en avoir trois[4].

- Dans le cas des hommes, les plus nombreux à avoir subi un test étaient ceux qui avaient eu des relations sexuelles avec un homme (71 %), qui s'étaient injecté des drogues (62 %), qui avaient reçu du sang ou des facteurs de coagulation entre 1978 et 1985 (27 %) et qui avaient eu un partenaire présentant un facteur de risque (utilisateur de drogues injectables [UDI], personne ayant reçu du sang ou des facteurs de coagulation entre 1978 et 1985, personne originaire d'un pays où le VIH est endémique) (30 %)[5,6]. Dans la population féminine, le pourcentage des femmes qui avaient subi un test était plus élevé chez celles qui avaient reçu du sang ou des facteurs de coagulation entre 1978 et 1985 (32 %), qui avaient un partenaire à haut risque (38 %) ou qui avaient eu des relations sexuelles avec un homme depuis 1978 (17 %)[7].

- C'est dans le groupe des 25 à 34 ans qu'on retrouve le plus grand nombre de sujets qui ont fait l'objet d'un dépistage. Même lorsqu'on tient compte de tous les autres facteurs de risque, les personnes de 45 ans et plus sont toujours moins nombreuses à avoir subi un test que celles de moins de 45 ans[5-7]. Dans l'enquête de mars 2003, les Canadiens de 25 à 34 ans et de 35 à 44 ans étaient plus nombreux à avoir déjà subi un test (46 % et 35 % respectivement)[4].

- Des études ciblées ont montré qu'un fort pourcentage de membres des populations à risque élevé ont déjà subi des tests de dépistage du VIH, même si certains l'ont peut-être fait dans le cadre de recherches. Le pourcentage des hommes qui avaient déjà subi des tests était de 89 % chez des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) qui ont fait l'objet d'une enquête en Colombie-Britannique en 2002[8]. L'enquête I-Track menée auprès des UDI dans certains centres de l'ensemble du Canada en 2002-2003 a révélé que 89,7 % d'entre eux avaient déjà subi des tests de dépistage du VIH[9].

- Bien que les sujets faisant état de facteurs de risque (tels les UDI, les sujets ayant plusieurs partenaires ou les HRSH) soient plus nombreux à avoir subi un test, une proportion importante de ceux qui déclaraient des facteurs de risque n'avaient pas subi de tests récemment ou n'en avaient jamais subi. Par exemple, dans l'enquête de 1997, 53 % des hommes et 38 % des femmes qui disaient avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année écoulée et ne pas utiliser systématiquement le condom n'avaient jamais subi de tests[5,6].

## Commentaire

Les Canadiens présentant des facteurs de risque d'infection à VIH sont plus nombreux à avoir subi un test de détection du VIH que ceux qui ne présentent pas de tels facteurs de risque. Toutefois, il y a toujours une proportion importante de personnes présentant des facteurs de risque qui n'ont jamais subi de test de dépistage du VIH. On estime que

près de 17 000 personnes, soit 30 % de la population infectée par le VIH, ne savent pas qu'elles sont infectées. Il faudra obtenir encore plus de renseignements sur les personnes qui risquent d'être infectées par le VIH mais qui n'ont pas subi de test de dépistage. Compte tenu de ces données et du fait que de nouveaux traitements sont offerts contre l'infection à VIH, il importe plus que jamais que tous les Canadiens puissent avoir accès à des services de dépistage du VIH, en particulier les personnes qui courent le plus grand risque d'être infectées.

## Références


1. Mofenson LM, McIntyre JA. *Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission*. Lancet 2000;355:2237-44.

2. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2003.* Ottawa : Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, novembre 2003.

3. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2002,* RMTC 2003;29:197-206.

4. *HIV/AIDS - An Attitudinal Survey*. Sommaire des résultats disponible au URL: <www.hc-sc.gc.ca/hppb/hiv_aids/pdf/execsum_e.pdf >.

5. Houston SM, Archibald CP, Sutherland D. *Sexual risk behaviours are associated with HIV testing in the Canadian general population.* Can J Infect Dis 1998;9(Suppl A):39A, #239P.

6. Canada Health Monitor Survey. Ottawa: Division of HIV Epidemiology, Centre for Disease Prevention and Control, Health Canada, January 1997 (données inédites).

7. Houston SM, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. *Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey*. Int J STD AIDS 1998;9:341-6.

8. Trussler T, Marchand R, Barker A. *Sex NOW by the numbers: a statistical guide to health planning for gay men*. Vancouver, BC: Community-Based Research Centre, 2004:44. URL: <www.sexnowsurvey.com>.

9. Santé Canada. *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectable au Canada. Rapport sur l'enquête pilote*, février 2004. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.


## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses



# Dépistage et déclaration de l'infection à VIH au Canada

## *Points saillants*

- **Des tests nominatifs, non nominatifs et anonymes de dépistage du VIH sont disponibles au Canada.**
- **Bien que les tests anonymes puissent favoriser le dépistage, ils ne sont pas disponibles dans toutes les provinces et tous les territoires.**
- **Depuis le 1er mai 2003, la déclaration de l'infection à VIH est obligatoire dans l'ensemble des provinces et des territoires.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Il y a eu 19 468 cas de sida signalés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) entre 1979 et le 30 juin 2004 et 56 523 tests de dépistage positifs pour le VIH déclarés entre 1985 et la fin de juin 2004[1]. Les rapports de tests positifs de dépistage du VIH transmis au CPCMI concernent les personnes qui ont obtenu un résultat positif à un test nominatif, non nominatif ou anonyme effectué dans les provinces et les territoires et dont les résultats sont communiqués au CPCMI par leurs autorités sanitaires ou leur laboratoire de dépistage du VIH respectifs.

La présente section des *Actualités en épidémiologie* résume l'information la plus récente qui concerne la déclaration de l'infection à VIH au Canada, notamment les types de tests de dépistage du VIH disponibles et le moment où la déclaration de l'infection à VIH est devenue obligatoire dans chaque province et territoire. Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie jugée à ce point importante du point de vue de la santé publique, qu'il faut obligatoirement déclarer sa survenue aux autorités sanitaires. (Les termes « à notification obligatoire » et « à déclaration obligatoire » sont utilisés de manière interchangeable lorsque l'on aborde la question de la déclaration de l'infection à VIH/sida au Canada.)

## L'infection à VIH est une maladie à déclaration obligatoire partout au Canada

- Depuis le 1er mai 2003, la loi oblige à déclarer les infections à VIH dans l'ensemble des provinces et des territoires. Il est donc maintenant obligatoire de déclarer les tests positifs pour le VIH et les diagnos-

tics de sida dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

- La plupart du temps, lorsque des tests sont effectués, c'est aux laboratoires et aux médecins qu'il incombe de déclarer les infections à VIH, mais les pratiques varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

- Lorsque l'infection à VIH est à déclaration obligatoire, des renseignements « nominatifs » ou « non nominatifs et non identificateurs » qui concernent les personnes qui ont obtenu des résultats positifs au test de dépistage du VIH sont transmis aux autorités sanitaires provinciales ou territoriales. Au nombre de ces renseignements figurent des données démographiques, telles que l'âge et le sexe de la personne, les risques associés à la transmission du VIH et des données de laboratoire, comme la date du premier test positif chez la personne.

- Il n'est pas requis par la loi de déclarer les infections à VIH à l'échelle nationale, mais toutes les provinces et tous les territoires les signalent volontairement au CPCMI. Les rapports sur les tests positifs pour le VIH et les cas de sida sont communiqués au CPCMI sans données qui permettent d'identifier les cas.

- Les habitudes de dépistage du VIH dans la population générale, ainsi que le profil des personnes qui subissent des tests sont des renseignements importants qui permettent de mieux concevoir et cibler les programmes d'intervention[2] et de mettre en contexte les données de surveillance du VIH/sida.

## Dépistage du VIH : trois types de tests disponibles au Canada

Les Canadiennes et les Canadiens qui décident de subir un test de dépistage du VIH peuvent choisir entre trois options différentes selon la province ou le territoire où est effectué le test : **nominatif**, **non nominatif** ou **anonyme**.

### 1. Dépistage nominatif du VIH

- Il peut être effectué à de nombreux endroits, dont des cliniques et le cabinet d'un professionnel de la santé.
- La personne qui fait faire le test connaît l'identité de la personne testée.
- C'est le nom de la personne testée qui figure sur la demande de test de dépistage du VIH.
- L'on recueille toute une gamme de données sur le patient (âge, sexe, ville de résidence, nom du professionnel de la santé traitant, pays de naissance, entre autres), des renseignements qui décrivent les facteurs de risque reliés au VIH de la personne testée et les données du laboratoire. Le nombre de renseignements recueillis varie selon la province ou le territoire.
- Si le résultat du test de dépistage du VIH est positif, la personne qui a fait faire le test est tenue par la loi d'en aviser les autorités sanitaires.
- Le résultat du test est consigné dans le dossier médical de la personne testée.

### 2. Dépistage du VIH non nominatif/ non identificateur

- Ces tests sont semblables aux tests nominatifs à une exception près : la personne qui fait faire le test utilise un code ou les initiales de la personne testée sur la demande (et non le nom partiel ou complet).

### 3. Dépistage anonyme

- Il est habituellement disponible dans des cliniques spécialisées, organisées et financées par des services de santé publique et chez certains professionnels de la santé.
- La personne qui fait faire le test ne connaît pas l'identité de la personne testée.
- Un code est utilisé pour le test de détection du VIH. La personne qui fait faire le test et le laboratoire qui teste l'échantillon de sang ne savent pas à

**Tableau 1. Dépistage et déclaration de l'infection à VIH par province/territoire**

| Province/territoire | Types de test de dépistage du VIH offerts | Année où la déclaration de l'infection à VIH est devenue obligatoire | Responsabilité de la déclaration de l'infection à VIH | Type de test déclaré à la province/au territoire |
|---|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | N, NN, A | 2003 | L, M | N, NN* |
| Yukon | N, NN | 1995 | M | N |
| Territoires du Nord-Ouest | N, NN | 1988 | L, M, IA | N |
| Nunavut | N, NN | 1999 | L, M, IA | N |
| Alberta | N, NN, A | 1998 | L, M | NN |
| Saskatchewan | N, NN, A | 1988 | L, M | NN |
| Manitoba | NN | 1987 | L, M | NN |
| Ontario | N, NN, A | 1985 | L, M | N, NN* |
| Québec | N, NN, A | 2002 | L, M | NN |
| Nouveau-Brunswick | N, NN, A | 1985 | L, M, IA | NN |
| Nouvelle-Écosse | N, NN, A | 1985 | L, M | N, NN |
| Île-du-Prince-Édouard | N, NN | 1988 | L, M, IA | N, NN |
| Terre-Neuve-et-Labrador | N, NN, A** | 1987 | L, M | N |

N = nominatif
A = anonyme
M = médecin
NN = non nominatif/non identificateur
L = laboratoire
IA = infirmière autorisée

*En Ontario et en Colombie-Britannique, les données sur les tests positifs de dépistage anonyme du VIH (DAV) sont communiquées de façon non nominative au niveau provincial.

**Si une personne a obtenu un résultat positif à un test anonyme, cette personne est intégrée au système nominatif, dans lequel le counselling, les soins de suivi et la déclaration des données sur l'infection à VIH sont tous effectués de façon nominative.

qui renvoie le code. Seule la personne testée connaît le code unique non identificateur.

- Des renseignements comme l'âge, le sexe, les facteurs de risque d'infection à VIH et l'origine ethnique de la personne testée pourraient être recueillis lors du dépistage anonyme, selon la province ou le territoire où le test est demandé ou selon le lieu où le test est effectué.
- Les résultats du test ne sont pas consignés dans le dossier médical de la personne testée. C'est cette dernière seulement qui peut décider de dévoiler son nom et de verser le résultat du test dans son dossier.

Les types de services de dépistage du VIH disponibles et les renseignements relatifs à la déclaration de l'infection à VIH au Canada sont résumés dans le tableau 1.

## La disponibilité du dépistage anonyme du VIH (DAV) peut accroître le dépistage

Le tableau 2 résume les renseignements en ce qui concerne la situation du dépistage anonyme du VIH au Canada.

- Comme le dépistage anonyme protège au plus haut point la confidentialité des renseignements recueillis, il pourrait encourager un plus grand nombre de personnes

**Tableau 2. Situation du dépistage anonyme du VIH (DAV) par province/territoire**

| Province/territoire | Année où le DAV a été offert | Nombre d'endroits où le DAV est disponible | Données du DAV déclarées au CPCMI | Services de counselling offerts |
|---|---|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 1985 | Tous les cabinets de médecin | Oui | Oui |
| Yukon | — | — | — | — |
| Territoires du Nord-Ouest | — | — | — | — |
| Nunavut | — | — | — | — |
| Alberta | 1992 | 3 | Oui | Oui |
| Saskatchewan | 1993 | 3 | Non | Oui |
| Manitoba | — | — | — | — |
| Ontario | 1992 | 33 | Oui | Oui |
| Québec | 1987 | 60+ | Non | Oui |
| Nouveau-Brunswick | 1998 | 7 | — | Oui |
| Nouvelle-Écosse | 1994 | 1 | Non | Oui |
| Île-du-Prince-Édouard | — | — | — | — |
| Terre-Neuve-et-Labrador | * | 6 | Oui† | Oui† |

*Le DAV est disponible sur demande, mais ne fait pas partie des lignes directrices officielles de la province.

†Si une personne obtient un résultat positif au DAV, cette personne est intégrée au système nominatif, dans lequel le counselling, les soins de suivi et la déclaration des données sur l'infection à VIH sont tous effectués de façon nominative.

à se présenter à des tests de dépistage du VIH et à solliciter un counselling[3].

- Une étude d'évaluation du DAV en Ontario laisse croire que ce genre de dépistage incite à se faire tester des populations qui autrement ne le feraient pas[4].
- En Ontario, la proportion des tests de dépistage anonymes du VIH est demeurée stable depuis 1992, à environ 4 %[5].
- Au Québec, entre 1994 et 1998, plus de 45 p. 100 des personnes qui ont recours au dépistage anonyme ont déclaré que l'anonymat du test était l'une des principales raisons qui les avaient incitées à subir le test[6].
- Plusieurs études faites aux États-Unis ont démontré que les programmes de DAV encouragent les gens à subir un test de dépistage du VIH, en particulier les personnes à haut risque ou celles qui ne solliciteraient pas volontairement un test, si le dépistage était nominatif ou non nominatif/non identificateur[7-9].
- Aux États-Unis, des entrevues réalisées auprès de 835 patients qui ont récemment reçu un diagnostic de sida a révélé que lorsque les tests anonymes sont offerts, ces derniers sont effectués plus tôt au début de l'infection à VIH, ce qui accélère l'accès à des soins médicaux[10].

## Commentaires

La loi rend maintenant obligatoire la déclaration de l'infection à VIH dans toutes les provinces et tous les territoires, mais les pratiques relatives à la déclaration peuvent varier d'un endroit à l'autre. La législation qui touche la déclaration de l'infection à VIH dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens pourrait contribuer à accroître

le nombre de résultats de tests transmis au CPCMI. Un changement qui rend obligatoire la déclaration de l'infection à VIH en Alberta, en 1998, s'est traduit par une hausse importante du nombre de tests de dépistage effectués chez les hommes et les femmes[11]. L'obligation de déclarer les infections à VIH dans tout le Canada devrait donc permettre de recueillir des données épidémiologiques plus complètes et d'exercer une surveillance plus exacte et opportune de l'épidémie d'infection à VIH.

Toutes les provinces et tous les territoires du Canada offrent au moins une forme de dépistage du VIH : 1) nominatif, 2) non nominatif/non identificateur ou 3) anonyme. À l'heure actuelle, le dépistage nominatif et le dépistage non nominatif sont très répandus au Canada, alors que le dépistage anonyme n'est offert que dans huit provinces. Une plus grande accessibilité aux différents types de dépistage du VIH pourrait permettre aux gens de choisir le cadre dans lequel ils se sentent le plus à l'aise pour subir un test et recevoir du counselling, ce qui devrait inciter un plus grand nombre de personnes à subir un test et aider à mieux cibler les programmes d'intervention et de traitement[12].

## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004.* Ottawa : Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004. URL : <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0604/pdf/haic-vsac0604.pdf>.

2. Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. *Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey.* Int J STD AIDS 1998;9:341-6.

3. Jürgens R, Palles M. *HIV testing and confidentiality: a discussion paper.* Canadian HIV/AIDS Legal Network and the Canadian AIDS Society, 1997:52-69.

4. Ontario Ministry of Health. *Anonymous HIV testing evaluation: January 1992 to June 1993.* Toronto: AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health, novembre 1994.

5. Remis RS, Swantee C, Rottensten K et coll. *Report on HIV/AIDS in Ontario 2002.* novembre 2003. URL: <www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/technical%20reports/Phero2002v4_lorraine.pdf>.

6. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Le dépistage anonyme du VIH, 2001.* URL: <ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2001/01-327-01.pdf>.

7. Keagles SM, Catania JA, Coates TJ et coll. *Many people who seek anonymous HIV-antibody testing would avoid it under other circumstances.* AIDS 1990;4(6):585-8.

8. Hoxworth T, Hoffman R, Cohn D et coll. *Anonymous HIV testing: does it attract clients who would not seek confidential testing?* AIDS Public Policy J 1994;9(4):182-8.

9. Hertz-Picciotto I, Lee LW, Hoyo C. *HIV test-seeking before and after the restriction of anonymous testing in North Carolina.* Am J Public Health 1996;86(10):1446-50.

10. Bindman AB et coll. *Multistate evaluation of anonymous HIV testing and access to medical care,* JAMA 1998;280(16):1416-20.

11. Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. *Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rate.* Can Med Assoc J 2003;168(6):679-82.

12. Hong BA, Berger SG. *Characteristics of individuals using different HIV/AIDS counseling and testing programs.* AIDS 1994;8:259-62.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

# L'infection à VIH et le sida chez les jeunes au Canada

4

## *Points saillants*

- **Les jeunes représentent une petite proportion du nombre total de cas de VIH et de sida déclarés au Canada. Les personnes qui ont entre 10 et 24 ans représentent 3,4 % des cas cumulatifs de sida. Pour ce qui est des rapports de tests positifs du VIH, les jeunes de 15 et 19 ans représentent 1,4 % de tous les rapports. Malgré ces faibles proportions, les données sur les comportements à risque des jeunes canadiennes et Canadiens montrent les potentialités de transmission du VIH.**
- **Une étude nationale a montré qu'environ 50 à 60 % d'élèves de 9e et de 11e année pensent qu'un vaccin est disponible pour prévenir le VIH/sida. La même enquête a trouvé que 36 % des élèves de 11e année pensent qu'il existe un traitement contre le VIH/sida.**
- **Les données d'études ciblées montrent que les jeunes de la rue, les jeunes qui s'injectent des drogues et les jeunes hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes sont particulièrement vulnérables au VIH.**
- **Il faut mettre en œuvre tout un éventail d'activités de prévention pour aider à réduire au minimum le risque de transmission du VIH chez les jeunes.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Les données de la surveillance du VIH et du sida montrent que les jeunes (définis ici comme les personnes de 10 à 24 ans) représentent une petite proportion du nombre total de cas de VIH et de sida déclarés au Canada. À l'échelle mondiale, les jeunes ont été fortement touchés par l'épidémie de VIH/sida et l'on estime que 10 millions de personnes de 15 à 24 ans vivent maintenant avec le VIH1. La moitié de toutes les nouvelles infections mondiales surviennent chez des jeunes.

Dans le contexte canadien, la période entre 10 et 24 ans est une période de transition et les personnes de ce groupe d'âge représentent une diversité de sous-populations, qui comprend des préadolescents, des adolescents et des jeunes adultes. Ces groupes combinés forment une importante partie de la population à cibler pour les activités d'éducation et de prévention en santé publique.

En général, les jeunes sont vulnérables à l'infection à VIH à cause de nombreux facteurs, dont les comportements sexuels à risque, la toxicomanie (y compris l'injection de drogues) et la perception que le VIH ne constitue pas une menace pour eux. Pour dresser un profil adéquat du VIH et du sida dans la population des jeunes, il est nécessaire de compléter les données actuelles de la surveillance du VIH/sida par d'autres sources de données pertinentes, comme des enquêtes sur la santé, des études sur l'incidence et la prévalence et des données sur les maladies transmissibles sexuellement (MTS). La présente section des *Actualités en épidémiologie* fournit les plus récentes données de la surveillance du VIH/sida en ce qui concerne les jeunes Canadiens, ainsi que des renseignements sur les facteurs de risque d'infection au VIH et du sida pour les jeunes Canadiennes et Canadiens.

## Données sur le sida[2]

- Au 30 juin 2004, 19 464 cas de sida dont on connaissait l'âge, ont été signalés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). De ce nombre, 666 (3,4 %) étaient des jeunes de 10 à 24 ans.



- Comme le montre le tableau 1, près des deux tiers des cas cumulatifs de sida signalés chez les jeunes de 10 à 19 ans étaient associés à l'administration de sang et de produits sanguins. Près de la moitié des jeunes sidéens de 20 à 24 ans étaient des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) et 20 % avaient des contacts hétérosexuels. Les contacts hétérosexuels comprennent les contacts sexuels avec une personne qui présente un risque de VIH, une personne qui vient d'un pays où l'infection à VIH est endémique et les contacts hétérosexuels qui constituent le seul facteur de risque déterminé.

## Données sur le dépistage du VIH[2]

Les données transmises par les programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du VIH ne permettent pas la création du groupe des 10 à 24 ans. Le groupe d'âge le plus proche que l'on peut établir pour les jeunes est celui des 15 à 29 ans.

- Au 30 juin 2004, 52 967 cas séropositifs dont on connaissait l'âge avaient été signalés au CPCMI. De ce nombre, 766 (1,4 %) avaient entre 15 et 19 ans et 13 663 (26 %) entre 20 et 29 ans.

- En 2003, les femmes représentaient 42,5 % des cas séropositifs déclarés chez les jeunes de 15 à 29 ans (217/511). Cette proportion est constante depuis 1999. Par comparaison avec d'autres groupes d'âge, la proportion de déclarations de tests séropositifs attribués à des femmes est plus élevée chez les jeunes. Les femmes d'autres groupes d'âge (comme 30 à 39,

**Tableau 1. Nombre de cas déclarés de sida et leur distribution selon la catégorie d'exposition chez les jeunes de 10 à 24 ans, au Canada, diagnostiqués en date du 30 juin 2004**

| Catégorie | Groupe d'âge | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 10-19 ans | | 20-24 ans | |
| Nombre de cas | 93 | | 573 | |
| Pourcentage de tous les cas de sida signalés | 0,48 % | | 2,9 % | |
| Nombre de cas avec des renseignements sur l'exposition | 87 | | 550 | |
| | Pourcentage de chaque catégorie d'exposition* | | | |
| Catégorie d'exposition | 62 % | Sang et produits sanguins | 51 % | HRSH |
| | 13 % | Contacts hétérosexuels/endémique | 21 % | Contacts hétérosexuels/endémique |
| | 9 % | HRSH | 11 % | UDI |
| | 9 % | UDI | 10 % | HRSH/UDI |
| | 5 % | HRSH/UDI | 6 % | Sang et produits sanguins |
| | 2 % | Autre + périnatal | 0 % | Autre** |

HRSH = Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, UDI = Utilisateurs de drogues par injection

*Les pourcentages sont basés sur le nombre total de cas moins les rapports où la catégorie d'exposition était inconnue ou « non déterminée ».

**Le mode de transmission est connu, mais ne peut être classé dans l'une ou l'autre des principales catégories d'exposition.

40 à 49 et plus de 50 ans) représentent environ 20 % de tests séropositifs.

- En 2003, il y a eu 15 tests séropositifs déclarés qui concernaient des 15 à 19 ans dont on connaissait la catégorie d'exposition. Parmi ces cas signalés, les catégories de facteur de risque les plus courantes étaient les HRSH et des contacts hétérosexuels avec une personne à risque (représentant chacun 4 rapports), suivis par un contact hétérosexuel déterminé comme le seul risque (3 rapports).

- En 2003, les HRSH, les contacts hétérosexuels et l'usage de drogues injectables représentaient 37 % 36,2 % et 17,5 % respectivement des tests séropositifs signalés, avec une catégorie d'exposition connue chez les personnes de 20 à 29 ans.

- En tout, 687 rapports de dépistage positif du VIH qui concernaient des personnes de moins de 15 ans avaient été reçus au 30 juin 2004. Parmi les 392 cas de ce groupe dont on connaissait la catégorie d'exposition, 87 % des cas étaient attribuables à une transmission périnatale et à l'exposition à du sang ou à des produits sanguins infectés.

## Incidence et p évalence du VIH chez les jeune.

Les renseignements sur la prévalence et l'incidence du VIH combinés aux données de surveillance du VIH/sida sont plus utiles que les seules données de surveillance pour dépeindre l'ampleur actuelle de l'épidémie d'infection à VIH dans les divers sous-groupes de Canadiennes et de Canadiens. Jusqu'à présent, un petit nombre d'études au Canada ont examiné la prévalence ou l'incidence du VIH chez les jeunes, bien que la plupart des recherches se soient intéressées aux populations à risque plus élevé. L'on peut trouver un répertoire complet des études canadiennes sur l'incidence et la prévalence du VIH en relation avec de jeunes adultes dans une publication de la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques intitulée: « Répertoire des études portant sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada »[3]. La liste suivante représente les points saillants des données actuelles sur l'incidence et la prévalence chez les jeunes.

- Dans la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) de 24 ans et moins, entre 1996 et 2001, s'établissait à 17 %. L'incidence de l'infection à VIH chez les participants de ce groupe d'âge s'élevait à 2,96 pour 100 personnes-années (PA) chez les hommes et à 5,69 chez les femmes[4].

- L'on a observé un taux de prévalence du VIH élevé chez les jeunes Autochtones de la C.-B. qui utilisent des drogues par injection. En 2003, les résultats de l'étude VIDUS ont montré que chez les jeunes UDI (de 24 ans ou moins) le taux de prévalence de l'infection à VIH était de 39 % chez les Autochtones UDI. La prévalence était de 11 % chez les non-Autochtones UDI[5].

- D'autres données tirées de l'étude VIDUS présentées en 2003 ont montré une prévalence élevée de la co-infection VIH/hépatite C (VHC). Dans un échantillon d'UDI de 29 ans ou moins, ceux-ci présentaient un taux de coinfection de 16 %, alors que 53 % des UDI étaient uniquement positifs pour le VHC et 3 % étaient uniquement positifs pour le VIH[6].

- Dans l'Étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal, on a observé des participants âgés de 14 à 25 ans à partir de janvier 1995. La prévalence de l'infection à VIH au moment du recrutement dans la cohorte était de 1,4 % (14 sujets sur 1 013). L'incidence de l'infection à VIH jusqu'en septembre 2000 était de 0,69 pour 100 personnes-années[7]. Chez les HRSH qui participaient à l'Étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal en 2000, la prévalence du VIH s'établissait à 4,9 % et l'incidence, à 1,2 pour 100 personnes-années[7,8].

- Dans une étude récente axée sur les HRSH âgés de 16 à 30 ans (cohorte Omega à Montréal), on a observé en 2004 que les HRSH de moins de 30 ans avaient un taux d'incidence légèrement plus élevé de 0,70 pour 100 AP, par comparaison avec 0,57 pour 100 AP chez les HRSH de 30 ans et plus[9].

4

- À Vancouver, l'étude Vanguard observe les jeunes HRSH (de moins de 30 ans) pour l'infection à VIH et les comportements à risque. Les résultats publiés en 2003 ont montré que l'incidence de l'infection à VIH signalée était de 1,9 pour 100 PA[10].

- Le système de Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SAJRC) est un réseau de surveillance national, multicentrique et transversal des jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans, au Canada. Parmi les jeunes qui ont subi des tests de dépistage en 2001, 1 % étaient positifs pour le VIH, 3,6 %, pour le virus de l'hépatite C, 11,5 % pour la Chlamydia et 14,2 p. 100, pour le virus herpes simplex 2[11].

## Données sur les comportements à risque chez les jeunes : constatation de l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada[12]

En 2002, on a effectué l'Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada (EJSSVS) pour obtenir un tableau actualisé du comportement sexuel des adolescents et mieux comprendre les facteurs qui contribuent à la santé sexuelle des jeunes Canadiens, en insistant particulièrement sur le VIH/sida. Réalisée dans toutes les provinces et tous les territoires (à l'exception du Nunavut), l'EJSSVS a inclus 11 074 élèves des 7e, 9e et 11e années (âgés approximativement de 12, 14 et 16 ans). L'EJSSVS est la première étude pancanadienne destinée à évaluer la santé sexuelle des adolescents, depuis l'*Étude sur les jeunes Canadiens face au sida* (EJCS) de 1989. Les renseignements ci-après résument quelques constatations clés de l'EJSSVS)

- Les jeunes de l'EJSSVS sont actifs sexuellement.

- Près d'un quart (23 %) des garçons de 9e année et 19 % des filles de 9e année ont indiqué qu'ils avaient des relations sexuelles vaginales. En 11e année, ce chiffre est passé à 40 % des garçons et 46 % des filles.

- Par comparaison à l'EJCS de 1989, la proportion des élèves de toutes les années qui avaient des relations sexuelles a diminué.

- Les jeunes sexuellement actifs utilisent des condoms; toutefois, la proportion de ceux qui le font diminue avec l'âge.

- Une grande proportion des élèves de 9e année (78 %) ont mentionné l'usage de méthodes de contraception, qui incluait l'usage d'un condom lors de leurs derniers rapports sexuels. Chez les élèves de 11e année, cette proportion est tombée à 71 %, les filles montrant la réduction la plus significative : 75 % des filles de 9e année indiquaient qu'elles utilisaient des méthodes contraceptives, qui incluaient des condoms, et 64 % des filles de 11e année indiquaient qu'elles utilisaient ces moyens.

- Les élèves de l'EJSSVS sont généralement avertis de la transmission du VIH/sida et de la protection contre celui-ci, mais il est nécessaire d'accroître les connaissances.

- La plupart des élèves pouvaient déterminer correctement les moyens de transmission du VIH, comme le partage d'aiguilles, des rapports sexuels non protégés ou le fait d'avoir des partenaires multiples, mais ils étaient moins informés du risque de transmission accru rattaché aux hommes qui ont des relations sexuelles non protégées avec des hommes.

- Les élèves ont des connaissances diverses en ce qui concerne la disponibilité de vaccin et de traitement du VIH/sida.

- Plus des deux tiers des élèves de 9e année et un peu moins de la moitié des élèves de 11e année pensent qu'un vaccin est dispo-

nible pour prévenir le VIH/sida et un nombre important pensent que l'on peut guérir du sida, s'il est traité très tôt.

- Les deux tiers environ des élèves de 7e année, la moitié des élèves de 9e année et un tiers des élèves de 11e année ne savent pas qu'il n'y a pas de guérison pour le VIH/sida. Ces constatations suggèrent que les jeunes d'aujourd'hui peuvent avoir un faux sens de laisser aller au sujet de la maladie.

- Depuis 1989, il n'y a eu que peu d'enrichissement des connaissances en ce qui concerne le VIH/sida.

- En 1989, une plus grande proportion d'élèves pouvaient déterminer correctement les facteurs de risque, par comparaison à ceux de 2002. Davantage d'élèves qui ont pris part à l'étude de 1989 savaient qu'il ne fallait pas prendre pour acquis que l'on pouvait guérir du VIH/sida, s'il était traité très tôt.

- Les résultats de l'EJSSVS complètent les données de la surveillance du VIH/sida présentées dans ces *Actualités en épidémiologie,* les rapports de tests séropositifs et les cas de sida ne peuvent donner de renseignements sur les comportements qui mettent les jeunes en risque de contracter le VIH. Il faut tenir compte des limites de l'EJSSVS en interprétant les constatations. Même si cette étude comportait un large échantillon d'élèves canadiens, elle n'est pas totalement représentative des jeunes Canadiennes et Canadiens dans toutes les provinces et tous les territoires. Il faudrait faire preuve de prudence en interprétant ces statistiques au niveau national. L'EJSSVS représentait également un échantillon de jeunes qui fréquentaient l'école dans l'ensemble du Canada et on ne peut la généraliser pour les groupes à comportement à risque élevé de jeunes qui sont moins portés à fréquenter l'école.

## Comportement des populations à haut risque : une préoccupation permanente

- Les jeunes à haut risque (comme les jeunes de la rue) s'engagent dans divers comportements, comme la participation au commerce du sexe, les faibles taux d'usage de condoms, l'usage de drogues injectables, qui leur font courir des risques accrus d'infection à VIH/sida. Il y a un certain nombre d'études de cohortes canadiennes qui étudient non seulement la prévalence du VIH/sida chez les jeunes à haut risque, mais également les comportements qui mettent cette population à risque pour ce qui est du VIH/sida.

- Dans une étude de 2001 qui portait sur les jeunes hommes homosexuels et bisexuels âgés de 15 à 30 ans, à Vancouver, 16 % des sujets ont mentionné qu'ils échangeaient leurs faveurs sexuelles contre de l'argent ou de la drogue. La prévalence de l'infection à VIH chez des sujets qui s'étaient adonnés à la prostitution était beaucoup plus élevée que chez les autres (7,3 % contre 1,1 %) et l'incidence était également plus élevée (4,7 contre 0,9 pour 100 personnes-années)[13].

- Dans une étude en cours sur les jeunes de la rue à Montréal, seulement 13,2 % des participants ont dit toujours utiliser le condom pendant des relations vaginales, mais seulement 32,4 % s'en servaient toujours pendant des relations anales[14]. D'autres données sur les comportements à risque révèlent également d'autres comportements sexuels à risque alarmants : 33 p. 100 des sujets s'étaient adonnés à des activités sexuelles de survie (prostitution), 51,1 % avaient eu des relations sexuelles avec un UDI, 26,6 %, avec un HRSH, 40,6 %, avec un(e) prostitué(e) et 8,2 %, avec une personne séropositive pour le VIH[15].

- Les recherches montrent que l'usage de drogues injectables et les comportements d'injection à risque chez les jeunes, en

particulier chez les jeunes de la rue, demandent une évaluation permanente.

- D'après les résultats récents de l'Étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal, toujours en cours, 42,8 % des participants avaient des antécédents d'injection de drogues[16]. L'incidence est aussi alarmante de jeunes de la rue qui ont commencé à s'injecter des drogues, dans une proportion estimée à 23,6 par 100 années-personnes chez les participants ayant entre 14 et 17 ans, qui ne s'étaient pas injectés de drogues au début de l'étude[17]. Les indicateurs prévisionnels de l'initiation incluaient des facteurs de risque comme la consommation journalière d'alcool, les activités sexuelles de survie dans les six derniers mois et un épisode de clochardise au cours des six derniers mois.

- Dans une autre étude prospective de la cohorte de jeunes de la rue de Montréal de 14 à 23 ans, 31,3 % étaient des UDI. Parmi eux, 33,6 % ont mentionné le partage d'aiguilles au cours des six derniers mois[18].

- Dans une étude portant sur les UDI de Calgary effectuée en 1998, 46 % des participants qui avaient moins de 25 ans disaient avoir emprunté du matériel d'injection au cours des six mois précédents, par comparaison à 24 % des participants de 25 ans ou plus[19].

- En 2001, 18,3 % des jeunes recrutés dans le programme de Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada ont déclaré s'être déjà injecté des drogues au cours de leur vie[11].

## Infections transmissibles sexuellement : un indicateur de rapports sexuels non protégés

- Les données sur le risque encouru par les jeunes montrent une activité sexuelle non protégée. La mesure de cette activité est encore saisie dans les taux de chlamydia et de gonorrhée chez les 15 à 24 ans. Le tableau 1 montre qu'en 2002, l'incidence signalée de chlamydia au Canada[20] était la plus élevée chez les femmes de 20 à 24 ans (1 377/100 000 femmes). L'incidence déclarée de gonorrhée (tableau 2) au Canada[20] était la plus élevée chez les filles de 15 à 19 ans (101,3/100 000).

## Commentaires

L'infection à VIH et le sida touchent de nombreux sous-groupes de Canadiennes et de Canadiens, y compris les jeunes. Bien que les données limitées dont on dispose semblent indiquer que la prévalence de l'infection à VIH est actuellement faible chez les jeunes, les données sur les comportements sexuels à risque et les ITS montrent clairement que le risque de propagation de cette infection chez les jeunes Canadiennes et Canadiens demeure important.

La constatation de l'EJSSVS qui établit qu'un nombre important de jeunes pensent qu'il y a un vaccin pour prévenir le VIH/sida et que l'on peut guérir de la maladie, si elle est traitée très tôt, est préoccupante. Il faut résorber ces lacunes par des programmes d'éducation et de prévention en santé publique.

Davantage de renseignements sur l'incidence et la prévalence, ainsi que des données sur les tendances des comportements à risque rattachés au VIH, sont aussi nécessaires pour pleinement évaluer le risque de transmission du VIH dans la population des jeunes Canadiennes et Canadiens.

## Références

1. ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, Genève, 2004.

2. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004. URL : <www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/public_f.html>.

3. Santé Canada. *Répertoire des études portant sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada*. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.

4. Miller CL, Tyndall M, Li K, et coll. *High rates of HIV positivity among young injection users*. Can J Infect Dis 2001;12(Suppl B):65B (Résumé 340P).

5. Miller CL, Li K, Laliberte N et coll. *Higher prevalence and incidence of HIV and hepatitis C and associated risk factors among young Aboriginal injection drug users*. Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):48A-49A (Résumé 224P).

6. Miller CL, Li K, Braitstein P et coll. *The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C co-infection among young injection drug users*. Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):46A-47A(Résumé 217).

7. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *HIV incidence in the Montreal Street Youth Cohort (MSYC)*. Can J Infect Dis 2002;12(Suppl A):49A (Résumé 317).

8. Roy E, Hayley N, Boivin JF et coll. *Étude de cohorte sur l'infection as VIH chez les jeunes de la rue de Montréal*. Rapport final à Santé Canada, mars 1998.

9. Remis RS, Alary M, Otis J et coll., the OMEGA Study Group. *Trends in HIV incidence and sexual behaviour in a cohort of men who have sex with men (HRSH) in Montreal, 1996-2003.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):54A (Résumé 318).

10. Weber AE, Craib KJ, Chan K et coll. *Determinants of HIV seroconversion in an era of increasing HIV infection among young gay and bisexual men*. AIDS 2003;17(5)774-7.

11. Santé Canada. *Enhanced surveillance of Canadian street youth*, Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

12. Conseil des ministres de l'Éducation (Canada). *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada. Les facteurs qui influencent les connaissances, les attitudes et les comportements*, Conseil des ministres de l'Éducation, 2003.

13. Weber AE, Craib KJP, Chan K et coll. *Sex trade involvement and rates of human immunodeficiency virus positivity among young gay and bisexual men*. Int J Epidemiol 2001; 30(6)1449-54.

14. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *Prevalence of HIV infection and risk behaviours among Montreal street youth*. Int J STD AIDS 2000; 11(4)241-7.

15. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *HIV and HCV risk behaviours in the new Montreal Street Youth Cohort*. Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A): 46A(Résumé 216).

16. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *Heroin or cocaine? How can we predict which drug Montreal street youth will first inject?* Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):49A (Résumé 226P).

17. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *Drug injection among street adolescents – an alarming problem*. Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):64A(Résumé 351P).

18. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *Needle sharing among young street-based UDIs: Need for targeted prevention strategies*. Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):57A(Résumé 326).

19. Guenter CD, Fonesca K, Nielsen DM et coll. *HIV Prevalence remains low among Calgary's needle exchange program participants*. Can J Public Health 2000;91(2)129-32.

20. *Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement*, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2003.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

**4**

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# L'infection à VIH et le sida chez les femmes au Canada



## *Points saillants*

- **Au Canada, au 30 juin 2004, 1 635 cas de sida et 7 932 cas d'infection à VIH avaient été signalés chez les femmes adultes.**
- **Les femmes représentent une proportion croissante des cas déclarés d'infection à VIH au Canada et comptaient pour un quart des rapports de tests positifs pour le VIH en 2003.**
- **Les contacts hétérosexuels et l'injection de drogues constituent les deux principaux facteurs de risque d'infection à VIH chez les femmes.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

L'épidémie d'infection à VIH et de sida qui sévit au Canada a changé récemment d'aspect depuis ses débuts; alors qu'elle touchait principalement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HRSH), elle affecte maintenant de plus en plus d'autres groupes, comme les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et les hétérosexuels. Aussi, observe-t-on une hausse du nombre et du pourcentage de femmes qui vivent avec le VIH/sida. Le présent rapport fait le point sur la situation de l'infection à VIH et du sida chez les femmes adultes et adolescentes (15 ans et plus) au Canada, au 30 juin 2004.

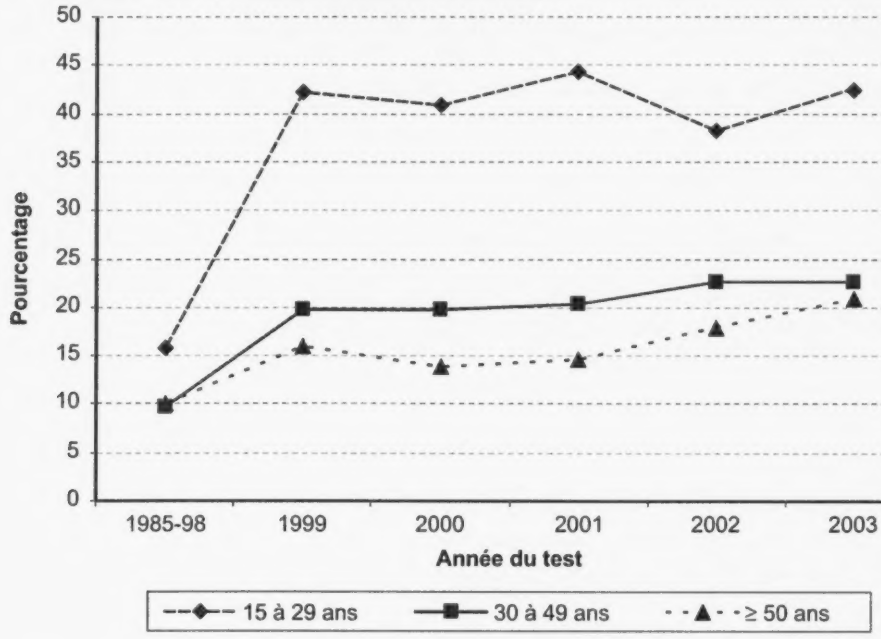
## Données de surveillance du sida

Au Canada, parmi les 19 238 cas cumulatifs de sida chez des adultes signalés au 30 juin 2004 au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), 1 635 (8,5 %) concernaient des femmes. La proportion de tous les cas de sida déclarés (dont on connaît le sexe et l'âge) dans la population féminine adulte a augmenté avec le temps, en passant de 6,4 % avant 1995 à 12 % en 2000; en 2003, elle a atteint 25,2 %[1].

Parmi tous les cas cumulatifs de sida signalés chez les femmes au 30 juin 2004, 67,8 % étaient attribués à des contacts hétérosexuels*, 23,3 % à l'injection de drogues et 8,6 % à la transfusion de sang ou de produits sanguins. La proportion de cas de sida chez les femmes adultes attribuées à l'injection de drogues a augmenté, en passant de 22,4 % avant 1999 à

* La catégorie « contacts hétérosexuels » comprend trois sous catégories : contacts sexuels avec une personne à risque, origine d'un pays où l'infection à VIH est endémique et relations sexuelles avec une personne du sexe opposé comme seul risque précisé.

**Figure 1. Proportion de rapports de test positif au VIH chez les femmes par groupe d'âge et par année de test (1985-2003)**






35,5 % en 1999, mais elle a depuis connu une diminution en retombant à 17,2 % en 2003[1].

## Données de surveillance de l'infection à VIH

Les données sur le sida peuvent aider à comprendre les tendances en ce qui concerne les infections à VIH, mais seulement celles qui ont été contractées il y a environ 10 ans. En revanche, les rapports de tests positifs pour le VIH brossent un tableau des infections plus récentes. Selon les données des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du VIH, 7 932 tests positifs pour le VIH chez des sujets dont on connaissait l'âge et le sexe avaient été recensés chez les femmes adultes, au 30 juin 2004[1]. Ce nombre n'inclut pas les personnes infectées par le VIH, mais qui ignorent leur infection ou choisissent de ne pas subir de test.

Au Canada, une proportion croissante des adultes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du VIH et dont on connaît l'âge et le sexe sont des femmes. La proportion de femmes a en effet augmenté chaque année, en passant de 11,9 % entre 1985 et 1997 à 24,7 % des rapports de tests positif pour le VIH en ce qui concernent des adultes, entre 1999 et 2002. En 2003, cette proportion s'est encore accrue, bien que légèrement, en atteignant 25,7 %.

La proportion du total des rapports positifs pour le VIH enregistrée chez les femmes varie considérablement selon l'âge et elle est la plus forte chez les adolescentes et les jeunes adultes. En 2002, 38,6 % des rapports de tests positifs pour le VIH concernaient des femmes de 15 à 29 ans, une diminution par rapport à 44,2 % en 2001. Depuis, la proportion a de nouveau augmenté, atteignant 42,5 % (figure 1).

Chez les femmes, les principales catégories d'exposition associées aux infections à VIH nouvellement diagnostiquées sont les contacts hétérosexuels et l'injection de drogues (tableau 1). La proportion des tests positifs chez les femmes qui étaient attribués aux contacts hétérosexuels s'est accrue avec le temps, passant de 47,3 % pour la période

de 1985 à 1998 à 58,2 % en 2002. En 2003, cette proportion a augmenté, en passant à 64,8 %. La proportion attribuée aux UDI a varié entre 27 % et 47,5 % pendant cette période et semble diminuer légèrement avec le temps (voir le tableau 1). Les contacts hétérosexuels constituent encore le principal facteur de risque d'infection à VIH chez les femmes et même si l'injection de drogues est responsable d'une réduction de la proportion des cas, elle reste un important facteur de risque et certaines études ont montré que ce risque est plus élevé chez les UDI de sexe féminin que chez ceux de sexe masculin[2]. Ce degré de risque plus important est parfois attribuable aux différences de sexe associées aux pratiques d'injection[3]. La question de l'usage de drogues injectables est étudiée plus à fond dans les *Actualités en épidémiologie* intitulées « L'infection à VIH et le sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada » et « Comportement à risque chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) au Canada ».

## Les estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH montrent que davantage de femmes vivent avec le VIH/sida

Les estimations de la prévalence nationale de l'infection à VIH (nombre total de personnes qui vivent avec le VIH) indiquent que le nombre de femmes qui vivent avec le VIH au Canada, y compris celles atteintes du sida, continue d'augmenter. À la fin de 2002, on estimait à 7 700 (6 500 à 9 000) le nombre de femmes qui vivaient avec le VIH, soit environ 14 % du total national. Il s'agit d'une augmentation de 13 % par rapport aux 6 800 cas estimés à la fin de 1999[4]. Même si l'on peut expliquer une partie de cet accroissement par les améliorations apportées aux traitements pour la toxicomanie, ce qui entraîne une augmentation des survies, il reste toujours un nombre élevé sans raison valable de nouvelles infections qui contribuent à cet accroissement.



Les données relatives aux rapports de test positifs pour le VIH ne donnent pas un aperçu complet du nombre annuel de nouvelles infections à VIH, étant donné que seule une proportion de ces nouvelles infections est détectée la même année. De plus, les personnes qui ont obtenu un résultat positif dans une année n'ont pas toutes été infectées cette année-là. Le nombre estimé de nouvelles infections (incidence) chez les femmes demeure constant par rapport à celui enregistré il y a trois ans. En 2002, les femmes constituaient 23 % de tous les nouveaux cas d'infection à VIH au Canada, soit, selon les estimations, entre 600 et 1 200 cas sur les 2 800 à 5 200 cas totaux recensés. En ce qui

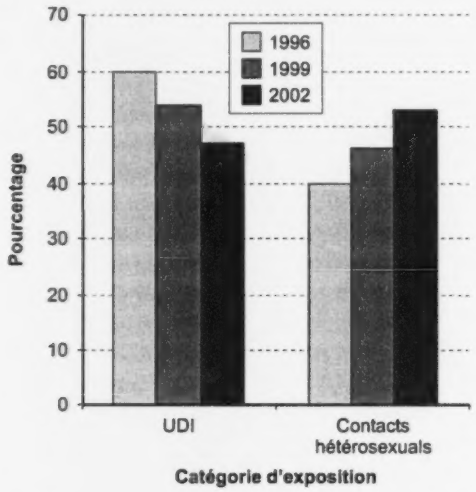
**Tableau 1. Proportion (%) de tests positifs pour le VIH chez les femmes adultes selon la catégorie d'exposition et l'année du test, Canada, 1985-2003**

| | Catégorie d'exposition (%) | | |
|---|---|---|---|
| **Année** | **Contacts hétérosexuels*** | **UDI**** | **Sang et produits sanguins** |
| 1985-1998 | 47,3 | 39,7 | 7,7 |
| 1999 | 47,9 | 47,5 | 1,5 |
| 2000 | 55,6 | 39,3 | 1,7 |
| 2001 | 63,4 | 31,7 | 1,4 |
| 2002 | 58,2 | 37,5 | 1,4 |
| 2003 | 64,8 | 27,0 | 2,5 |
| TOTAL | 51,3 | 38,5 | 5,5 |

*La catégorie « contacts hétérosexuels » comprend trois sous-catégories : contacts sexuels avec une personne à risque, origine d'un pays où l'infection à VIH est endémique et relations sexuelles avec une personne du sexe opposé comme seul risque précisé.

**UDI : utilisateurs de drogues par injection.

**Figure 2. Distribution estimée des catégories d'exposition (%) parmi les nouveaux cas d'infection à VIH chez les femmes par période**






concerne la distribution des catégories d'exposition parmi les nouveaux cas féminins d'infection, une proportion légèrement plus élevée était attribuée aux contacts hétérosexuels en 2002 comparativement à 1999 (53 % contre 46 %, respectivement). Le reste des nouveaux cas d'infection chez les femmes a été attribué aux UDI (figure 2)[4]. Il n'y a pas de nouvelles données disponibles pour 2003, mais ces résultats se traduisent dans les données du tableau 1.

## Infection à VIH chez les femmes enceintes et chez celles en âge de procréer

Le dépistage du VIH pendant la grossesse est une option offerte aux femmes dans tout le Canada. Cependant, les lignes directrices ou les recommandations à l'intention des médecins qui visent à encourager la prise de décisions éclairées en ce qui concerne le dépistage du VIH pendant la grossesse varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Ces questions sont abordées plus en détail dans les *Actualités en épidémiologie* intitulées « Transmission périnatale du VIH ».

Les études sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes peuvent être une source importante d'information sur le taux de prévalence de l'infection à VIH dans la population hétérosexuelle en général. Les études de séroprévalence chez les femmes enceintes au Canada font état d'un taux estimatif national chez les femmes enceintes de 3 à 4/10 000.

Selon des études de séroprévalence anonymes non couplées, les grandes agglomérations urbaines affichent des taux plus élevés d'infection à VIH chez les femmes enceintes (4,7 à Vancouver contre 3,4 dans le reste de la C.-B. en 1994[5]; 15,3 à Montréal contre 5,2 dans la province de Québec en 1990[6]). Même les provinces qui ne comptent aucun grand centre urbain ont enregistré des taux importants (par exemple 4,1/10 000 au Nouveau-Brunswick en 1994-1996[7]). Les données du Manitoba laissent entrevoir une tendance à la hausse de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, le taux étant passé de 0,7/10 000 en 1991 à 3,2/10 000 en 1994-1995[8]. Selon une étude en cours qui porte sur les Autochtones enceintes en C.-B., le taux de prévalence de l'infection à VIH était de 31,3 pour 10 000 grossesses en 2000-2002 (J.D. Martin, Médecin chargé des programmes régionaux, Région du Pacifique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada : communication personnelle).

Le programme universel de dépistage prénatal du VIH de l'Alberta (dans lequel

toutes les femmes enceintes sont testées, à moins qu'elles ne décident de s'exclure du programme) a signalé un taux d'infection à VIH de 3,3/10 000 grossesses en 2000[9]. Une étude en cours sur la séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes en Ontario a fait état d'un taux d'infection de 3,7/10 000[10]. Ce taux est calculé à partir du nombre de femmes enceintes qui se présentent volontairement pour subir un dépistage (environ 70 %), alors que les taux dans les autres provinces (sauf l'Alberta) sont basés sur des échantillons complets qui proviennent d'études anonymes non reliées.

Les comportements à risque chez les femmes, comme les relations sexuelles non protégées et l'injection de drogues, continuent d'entraîner un risque plus élevé d'infection à VIH chez les femmes. Selon une étude en cours portant sur des femmes UDI de différentes régions du Canada, en 2003, environ 40 % des femmes UDI ont signalé qu'elles avaient participé au commerce du sexe. L'étude indique également qu'environ 92 % des femmes utilisaient toujours des condoms avec leurs clients masculins, mais qu'environ un tiers ne se servaient jamais du condom avec leurs partenaires occasionnels et n'en utilisaient que de façon irrégulière avec leurs partenaires habituels[11].

## Commentaires

Les Canadiennes, particulièrement les UDI et les femmes qui ont des partenaires sexuels à risque élevé, sont de plus en plus nombreuses à contracter l'infection à VIH. Bien que le taux des nouvelles infections à VIH chez les femmes soit semblable à celui enregistré il y a trois ans, il demeure trop élevé. Les estimations de la prévalence indiquent que plus de femmes vivaient avec le VIH en 2002 qu'en 1999, ce qui entraîne des répercussions sur les programmes de prévention et de soins. Les efforts qui visent à réduire la transmission du VIH chez les femmes devront non seulement être axés sur la promotion des comportements sexuels à risques réduits et la réduction de l'abus de substances, mais également tenir compte des facteurs sous-jacents qui entraînent un risque plus élevé d'infection à VIH chez les femmes.

Les services de dépistage du VIH, de counselling et de soins sont vitaux pour prévenir et contrôler les infections à VIH. Il importe de disposer de meilleures données sur les tendances, les facteurs de risque et les variations géographiques de l'infection à VIH chez les Canadiennes, afin de mieux cibler les programmes de prévention et de soins.

## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

2. Spittal PM, Craib KJP, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2002;166(7):894-9.

3. Roman-Crossland R, Forrester L, Zaniewski G. *Sex differences in injecting practices and Hepatitis C: A systematic review of the literature.* RMTC 2004;30(14):125-32.

4. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada*, 2002, RMTC 2003;29:197-206.

5. Pi D, Ballem PJ, Schechter MT. *The B.C. Prenatal Study: 1989-94*. Rapport final à Santé Canada, janvier 1995.

6. Hankins C, Hum L, Tran T et coll. *HIV seroprevalence in women giving birth to live infants in Northern Quebec (1989-93)*. Can J Infect Dis 1995;6(Suppl B:39 Résumé 314).

7. Getty G, Leighton P, Mureika R et coll. *NB antenatal seroprevalence study*. Can J Infect Dis 1997;8:24A(Résumé 205).

8. Blanchard J, Hammond G, Fast M et coll. *HIV serovalence among antenatal women in Manitoba: August, 1994 through August, 1995*. Rapport final à Santé Canada, 1996.

9. Jayaraman GC, Preiksaitis JK, Larke B. *Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates.* Can Med Assoc J 2003; 168(6).

10. Remis SR, Swantee C, Major CI et coll. *Increasing HIV testing of pregnant women in Ontario: results from the HIV seroprevalence study to September 2002.* Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A:79 Résumé 322).

11. Santé Canada. *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectable au Canada. Rapport sur l'enquête pilote,* février 2004. Ottawa : Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.



## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

# Le VIH/sida chez les personnes âgées au Canada



## *Points saillants*

- **Au 30 juin 2004, 11,8 % (2 293) de tous les cas déclarés de sida étaient survenus chez des personnes de 50 ans ou plus.**
- **Au Canada, environ 10 % des rapports annuels de test positifs pour le VIH depuis le début de l'épidémie concernaient des personnes de 50 ans ou plus. Ces dernières années, ce chiffre est passé à près de 12 %.**
- **Les contacts sexuels constituent le principal facteur de risque d'infection à VIH chez les Canadiennes et les Canadiens âgés. En 2003, la catégorie d'exposition HRSH représentait 38,9 % des cas de sida chez les personnes de plus de 50 ans et les contacts hétérosexuels représentaient 36,2 %.**
- **Les hommes représentent le plus de cas de sida déclarés et de rapports de test positifs pour le VIH parmi les personnes canadiennes âgées : 90,9 % et 87,4 % respectivement.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

L'on pense généralement que l'infection à VIH et le sida sont des maladies propres aux jeunes et de ce fait on n'a guère prêté attention aux problèmes du VIH/sida chez les Canadiennes et les Canadiens âgés. Il convient de noter que l'appellation « personne âgée » est subjective et que, dans la documentation, la limite d'âge inférieure varie entre 40 et 55 ans. Pour les besoins de ces *Actualités en épidémiologie*, les personnes âgées sont définies comme celles qui ont 50 ans ou plus.

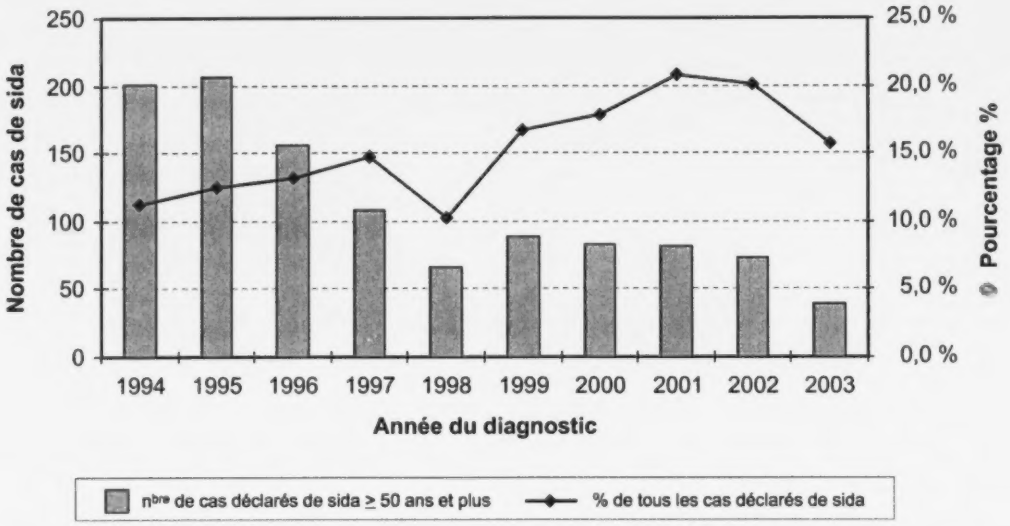
Dans la population de plus de 50 ans, il est important de tenir compte du fait que l'épidémie de sida se compose réellement de deux groupes: les personnes qui contractent l'infection à 50 ans ou plus et celles qui ont été infectées plus jeunes, mais vivent maintenant plus longtemps avant la progression au sida. Le meilleur traitement du sida, par le *Traitement antirétroviral hautement actif* (HAART), a eu pour résultat une réduction de la mortalité, ce qui peut contribuer à une plus haute prévalence chez les personnes de plus de 50 ans. Une observation continue des données de surveillance sera nécessaire pour ce groupe d'âge.

## Données des rapports de cas de sida[1]

- Au 30 juin 2004, 19 464 cas de sida pour lesquels on disposait de renseignements sur l'âge ont été signalés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). De ce nombre, 2 293 (11,8 %) rapports concernaient des personnes de 50 ans ou plus.

- La figure 1 montre que le nombre annuel de cas déclarés de sida chez les personnes âgées a diminué depuis le milieu des années 90, à la suite d'une tendance à la baisse semblable dans le nombre de cas

**Figure 1. Nombre de cas déclarés de sida chez les personnes de 50 ans et plus et pourcentage de tous les cas de sida déclarés par année (1994-2003)**






de sida en général; cependant, la proportion chez les personnes de 50 ans ou plus a augmenté avec le temps, en passant de 11,3 % en 1994 à 20,8 % en 2001. En 2002, cette tendance à la hausse s'est ralentie et a même connu une diminution en passant à 15,7 % en 2003. Il faudra davantage d'années d'observation pour déterminer si cette diminution d'un an se concrétisera en tendance durable.

- L'on a observé une tendance croissante semblable aux États-Unis[2], où la proportion de nouveaux cas de sida attribués à des personnes de 50 ans a augmenté au fil des ans jusqu'à atteindre environ 14 % en 1999. Mack and Ory[2] suggèrent que cette hausse pourrait résulter des facteurs suivants : une augmentation réelle des nouveaux cas de sida, un meilleur compte rendu des cas qui touchent la population âgée que précédemment au cours de l'épidémie ou une progression retardée au sida, parce que la thérapie antirétrovirale prolonge la période qui va de l'infection à VIH au sida.

- Le tableau 1 illustre la distribution dans les différentes catégories d'exposition de tous les cas déclarés de sida chez les Canadiens âgés jusqu'au 30 juin 2003. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HRSH) formaient la majorité des cas signalés chez les personnes de 50 à 59 ans et chez celles de 60 ans et plus. Parmi les catégories d'exposition, citons l'exposition au sang ou aux produits sanguins (avant 1985) et les contacts hétérosexuels.

## L'épidémie changeante du sida

Même si les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes représentent la plus importante catégorie d'exposition dans les diagnostics cumulatifs du sida dans le groupe d'âge de 50 ans et plus, les tendances annuelles montrent une diminution de la proportion générale. La figure 2 résume ces tendances pour les catégories d'exposition choisies. Entre 1985 et 1997, les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes représentaient 67,3 % de tous les diagnostics déclarés de sida parmi les Canadiennes et les Canadiens de plus de 50 ans. En 2003, cette proportion est passée à 38,9 %. La catégorie d'exposition hétérosexuelle a doublé, passant de 18,8 % entre 1985 et 1997 à 36,2 % en 2003. Comme la proportion de ces deux catégories d'exposition convergent, il sera nécessaire de disposer de davantage de données de surveillance annuelles pour voir si cette tendance suit les

**Tableau 1. Distribution dans les différentes catégories d'exposition des cas déclarés de sida au Canada en ce qui concerne des personnes âgées de 50 ans et plus, diagnostiqués au 30 juin 2004**

| | Groupe d'âge | |
|---|---|---|
| | **50-59 ans** | **60 ans et plus** |
| Nombre de cas | 1 682 | 611 |
| Pourcentage de tous les cas de sida déclarés | 8,7 | 3,1 |
| Nombre de cas avec des renseignements sur l'exposition | 1 563 | 551 |
| **Catégorie d'exposition** | **Pourcentage dans chaque catégorie d'exposition** | |
| HRSH | 69,3 | 52,1 |
| HRSH/UDI | 2,1 | 0,7 |
| UDI | 4,3 | 1,6 |
| Personnes qui ont reçu du sang/ des produits sanguins | 5,4 | 17,2 |
| Contacts hétérosexuels** | 18,5 | 27,9 |
| Professionnel et autre† | 0,3 | 0,1 |

HRSH = Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes
UDI = Utilisateurs de drogues par injection

*Les pourcentages sont basés sur le nombre total de cas moins les rapports où la catégorie d'exposition était inconnue ou « non précisée ».

**Contact hétérosexuel : contact sexuel avec une personne à risque pour le VIH, personne originaire d'un pays où le VIH est endémique et contact hétérosexuel qui constitue le seul facteur de risque identifié.

†Le mode de transmission est connu mais ne peut être classé dans l'une ou l'autre des principales catégories d'exposition.

tendances observées pour l'ensemble de la population, dans laquelle les contacts hétérosexuels ont surpassé la catégorie d'exposition des HRSH dans les cas de sida[1].

## Rapports de test positifs pour le VIH[1]

Alors que les données sur le sida nous renseignent sur les infections à VIH survenues il y a environ 10 années, les données sur le VIH donnent un aperçu des infections plus récentes.

Selon les données qui proviennent des programmes provinciaux ou territoriaux de dépistage du VIH, 4 433 tests positifs pour le VIH accompagnés de renseignements sur l'âge avaient été recensés chez les personnes de 50 ans et plus au 30 juin 2004. La proportion de rapports annuels de test positifs pour le VIH en ce qui concerne des personnes de 50 ans ou plus est passée de 7,5 % entre 1985 et 1998 à 12,2 % en 2001. En 2002, la tendance a commencé à plafonner et, en 2003, on pourrait attribuer 11,9 % de tous les rapports de test positifs pour le VIH à des personnes de 50 ans et plus.

Le tableau 2 résume les catégories d'exposition rattachées aux rapports de test positifs pour le VIH chez les personnes de 50 ans et plus. En 2003, 39,5 % des rapports de test positifs pour le VIH en ce qui concernent les personnes de 50 ans et plus dont on connaît les renseignements sur la catégorie d'exposition connue attribuable au HRSH. Les contacts hétérosexuels représentaient 30,9 % des rapports de test positifs pour le VIH chez les personnes de 50 ans et plus.

**Figure 2. Proportion des diagnostics déclarés de sida par catégorie d'exposition et par année de diagnostic chez les personnes de 50 ans et plus**

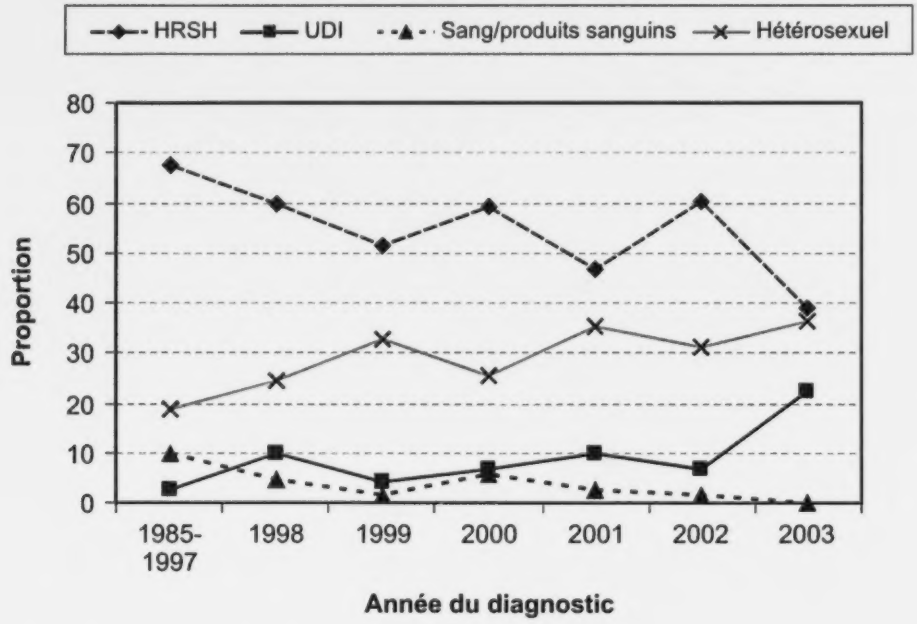





**Tableau 2. Distribution des catégories d'exposition dans les rapports de test positifs pour le VIH en ce qui concerne des personnes de 50 ans et plus au Canada, déclarés entre le 1er janvier 2003 et le 31 décembre 2003**

| | **50 ans et plus** |
|---|---|
| Nombre de cas | 293 |
| Nombre de cas avec des renseignements sur l'exposition | 152 |
| **Catégorie d'exposition** | **Pourcentage dans chaque catégorie d'exposition** |
| HRSH | 39,5 |
| HRH/UDI | 3,2 |
| UDI | 17,8 |
| Personnes qui ont reçu du sang/des produits sanguins | 2,6 |
| Contacts hétérosexuels** | 30,9 |
| Professionnel et autre† | 3,6 |

HRSH = Hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, UDI = Utilisateurs de drogues par injection

*Les pourcentages sont basés sur le nombre total de cas moins les rapports où la catégorie d'exposition était inconnue ou « non précisée ».

**Contact hétérosexuel : personne originaire d'un pays de profil II, contact sexuel avec une personne à risque pour le VIH ou contact hétérosexuel qui constitue le seul facteur de risque identifié.

†Le mode de transmission est connu mais ne peut être classé dans l'une ou l'autre des principales catégories d'exposition.

## Les hommes représentent la plupart des cas de VIH et de sida chez les Canadiens âgés

Dans le groupe d'âge de 50 ans et plus, les hommes représentent la majorité des cas de VIH et de sida déclarés au CPCMI. Des 2 293 cas cumulatifs de sida avec des renseignements connus sur l'âge et le sexe, les hommes représentaient 90,9 %. Parmi les rapports positifs cumulatifs de cas de VIH avec des renseignements connus sur l'âge et le sexe, les hommes représentaient 87,4 % des 4 182 rapports cumulatifs.

Cette distribution par sexe dans le groupe d'âge de 50 ans contraste avec celle d'autres groupes d'âge, dans lesquels les hommes représentent un peu plus de la moitié (57,4 %) des rapports de test positifs pour le VIH chez des adultes de 15 à 29 ans et plus des trois quarts (76,1 %) dans le groupe d'âge de 30 à 39 ans. La surreprésentation des hommes dans le groupe d'âge de plus de 50 ans signifie que les tendances observées dans les données sur les catégories d'exposition (voir le résumé à la figure 2) sont grandement influencées par la population masculine. Cela a aussi des conséquences pour la capacité d'effectuer une surveillance détaillée des renseignements sur les catégories d'exposition chez les femmes de plus de 50 ans, par suite de la taille de l'échantillon.

## Renseignements supplémentaires nécessaires : les personnes âgées et les comportements à risque et la connaissance du VIH/sida

Les relations sexuelles saines continuent à jouer un rôle important dans la vie de la plupart des personnes âgées. La présence de partenaires sexuels et l'état de santé peuvent être des facteurs plus importants que l'âge pour déterminer l'activité sexuelle[4].

- Dans une étude internationale portant sur des adultes de 45 ans et plus (n = 1 384), 51,7 % des hommes et 55,1 % des femmes qui déclaraient avoir un partenaire sexuel (n = 949) ont indiqué qu'ils avaient eu des rapports sexuels une fois par semaine ou plus au cours des six mois précédents[4].

Bien que les données de surveillance pour le Canada semblent indiquer que les contacts sexuels constituent le principal facteur de risque d'infection à VIH chez les personnes âgées, très peu de recherches ont été effectuées sur les comportements sexuels à risque dans ce groupe. Des enquêtes démographiques nationales fournissent cependant certains renseignements.

- Le tableau 3 compare certains comportements sexuels à risque chez les répondants de 50 à 59 ans de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996[5] avec l'ensemble des répondants. Même si les comportements sexuels à risque étaient moins fréquents chez les participants plus âgés, ils n'en étaient pas pour autant négligeables.

Des études internationales suggèrent que certains adultes âgés peuvent ne pas connaître les méthodes de prévention de l'infection à VIH ni les comportements qui peuvent les exposer au risque de contracter le VIH.

- Dans une étude américaine portant sur 514 femmes de plus de 50 ans[6], les chercheurs ont trouvé que même si 84 % des femmes ont désigné les relations hétérosexuelles non protégées comme une activité de risque modéré à élevé, elles ont souvent répondu de manière inexacte aux questions relatives à l'efficacité du condom et à l'abstinence. Seulement 13 % ont déterminé que le condom était très efficace pour prévenir le VIH, alors que 18 % ont déclaré qu'il n'était pas du tout efficace. Près de la moitié (44 %) des femmes ont dit que l'abstinence était inefficace ou assez peu efficace.

- Dans une étude américaine de 1996, 14,7 % des répondants de 50 à 64 ans ne savaient pas si le condom était un moyen efficace de prévention de l'infection à VIH, comparativement à 6,3 % des répondants de 18 à 49 ans[7].

**Tableau 3. Comportements sexuels à haut risque chez les Canadiennes et les Canadiens de 15 à 59 ans comparés à ceux de 50 à 59 ans, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996[5]**

| Catégorie d'âge | N'ont jamais utilisé le condom *†‡ | N'ont pas utilisé de condom lors des dernières relations sexuelles*†‡ | Trois partenaires sexuels ou plus au cours de l'année précédente† |
|---|---|---|---|
| 15-59 ans | 8 % | 16 % | 3 % |
| 50-59 ans | 7 % | 8 % | 1 % |

*Utilisation d'un condom avec un partenaire sexuel fréquenté depuis moins de 12 mois

†Comme pourcentage des personnes qui ont eu des rapports sexuels avec un partenaire qu'elles fréquentaient depuis moins de 12 mois.

‡Comme pourcentage des personnes qui ont eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente.

6

- Les recherches au sujet des comportements à haut risque dans les populations âgées à haut risque, comme les utilisateurs de drogues injectables, sont plutôt rares.

- Une étude américaine[8] qui compare 1 508 utilisateurs de drogues âgés (UDI et fumeurs de crack/cocaïne de plus de 50 ans) à 1 515 utilisateurs de drogues plus jeunes (moins de 50 ans) a montré que les utilisateurs de drogues âgés étaient moins enclins à avoir des relations sexuelles dans le mois précédent, mais que ceux qui en avaient couraient autant de risques que leurs homologues plus jeunes. L'étude a permis de démontrer que les utilisateurs de drogues âgés prenaient beaucoup moins de risques pour leurs échanges de seringues que ceux de moins de 50 ans.

## Tendances relatives au dépistage du VIH

- Au Canada, entre 1996 et 2002, plus de 60 % des diagnostics de sida déclarés chez les personnes de plus de 50 ans ont été établis dans les 12 mois qui ont suivi le premier test positif pour le VIH[9].

- Le tableau 4 suggère que les Canadiennes et les Canadiens âgés sont moins nombreux à avoir subi un test de dépistage du VIH pendant leur vie que la population adulte en général. En outre, le pourcentage de personnes âgées qui ont subi un test de dépistage diminue avec l'âge.

**Tableau 4. Dépistage du VIH/sida au cours de la vie, Enquête nationale sur la santé de la population de 1996[3]**

| Catégorie d'âge | Pourcentage de dépistage du VIH au cours de la vie |
|---|---|
| 18 ans et plus | 15 |
| 45-54 ans | 11 |
| 55-64 ans | 7 |
| 65-74 ans | 4 |
| 75 ans et plus | 2 |

## Commentaires

Les personnes âgées représentent une minorité importante des cas déclarés d'infection à VIH et de sida au Canada. La répartition par âge en ce qui concerne les tests positifs pour le VIH déclarés à Santé Canada montre un déplacement vers le groupe plus âgé, qui est plus marqué chez les hommes.

Il faut recueillir davantage de données épidémiologiques et comportementales pour mieux comprendre la situation de l'infection à VIH et du sida chez les personnes âgées et informer ces dernières des programmes de prévention et de soins qui existent. Les enquêtes en population devraient comporter des questions qui concernent l'usage du condom et le nombre de partenaires sexuels de même que les

habitudes en matière de dépistage du VIH, pour tous les groupes d'âge.

Il faudrait étudier les attitudes et les connaissances en ce qui concerne le VIH/sida chez les personnes de 50 ans et plus, en vue d'évaluer les idées fausses possibles ou les lacunes dans leurs connaissances en ce qui concerne la transmission et la prévention de l'infection à VIH. Étant donné que l'une des principales catégories d'exposition chez les personnes âgées séropositives est le contact sexuel (HRSH et la catégorie hétérosexuelle combiné), il est nécessaire de soutenir des recherches sur les comportements à risque chez les Canadiennes et les Canadiens âgés.

Comme notre société vieillit et que les personnes atteintes de l'infection à VIH ou du sida vivent plus longtemps en raison de l'amélioration des traitements médicaux, il est probable que le problème du VIH/sida chez les personnes âgées prendra de l'importance. Bien que, dans le passé, de nombreux aspects des politiques et des programmes relatifs au VIH/sida n'aient pas tenu compte des besoins de ce groupe, les données disponibles montrent qu'il faut réviser nos positions. Les données présentées ici devraient aider à réfuter l'hypothèse « âgiste » selon laquelle les personnes de 50 ans et plus ne risquent pas d'être infectées par le VIH.

## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004. URL : <www.phac-aspc.gc.ca/pphb-dgspsp/hast-vsmt/public_e.html>.

2. Mack KA, Ory MG. *AIDS and older Americans at the end of the twentieth century.* JAIDS 2003;33:S68-S75.

3. Dolcini MM, Catania JA, Stall RD et coll. *The HIV epidemic among older men who have sex with men.* JAIDS 2003;33:S115-S121.

4. *AARP/Modern Maturity Sexuality Survey,* août 1999. URL : <http://research.aarp.org/health/mmsexsurvey_1.html>.

5. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne.* Préparé par le Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population pour la réunion des ministres de la Santé à Charlottetown, Î.-P.-É., les 16 et 17 septembre 1999.

6. Henderson SJ, Bernstein LB, St. George DM et coll. *Older women and HIV: How much do they know and where are they getting their information?* J Am Geriatr Soc 2004;52:1549-53.

7. Mack KA, Bland SD. *HIV testing behaviours and attitudes regarding HIV/AIDS of adults aged 50-64.* Gerontologist 1999;39(6):687-94.

8. Kwiatkowski CF, Booth RE. *HIV risk behaviours among older American drug users.* JAIDS 2003; 33:S131-S137.

9. Geduld J, Archibald CP. *Late HIV diagnosis among reported AIDS cases in Canada: a lesson for prevention.* 15th Annual Conference of the Australasian Society for HIV Medicine, du 22 au 25 octobre, 2003.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

6

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

# Transmission périnatale du VIH



## *Points saillants*

- **Le dépistage du VIH et le traitement antirétroviral peuvent réduire radicalement la fréquence de la transmission périnatale du VIH.**
- **Au Canada, de 1994 à 2003 le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes était d'environ 3 à 5 pour 10 000.**
- **La thérapie antirétrovirale est de plus en plus utilisée chez les femmes enceintes séropositives.**
- **Toutes les femmes enceintes et celles qui envisagent une grossesse ont maintenant accès à des soins prénataux qui comprennent le dépistage du VIH.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

En l'absence de toute intervention, on estime que 15 à 30 % des femmes qui ont une infection à VIH transmettront celle-ci pendant la grossesse et l'accouchement, et dans une proportion de 10 à 20 % par l'allaitement de leur nouveau-né[1]. La transmission du VIH d'une femme enceinte infectée par le virus à son enfant nouveau-né est qualifiée de transmission mère-enfant, périnatale ou verticale du VIH. L'infection de l'enfant par le VIH peut survenir pendant la gestation (*in utero*), pendant l'accouchement (lorsque le fœtus entre en contact avec le sang maternel et la muqueuse dans la filière pelvi-génitale) ou après l'accouchement, lors de l'allaitement maternel. La présente section des *Actualités en épidémiologie* fait le point sur la transmission périnatale du VIH au Canada et présente des recommandations en ce qui concernent le dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

## Rapports de test positifs pour le VIH

Entre 1985 et la fin de juin 2004, on avait déclaré 50 979 rapports de test positifs pour le VIH chez les adultes au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada, dont 7 932 (15,6 %) chez des femmes. Parmi les tests positifs pour le VIH qui concernent des femmes adultes, 74,5 % concernaient des femmes de 15 et 39 ans[2].

## Infection à VIH chez les femmes enceintes

Selon des études sur la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, le taux de prévalence au Canada s'élèverait à environ 3 à 5 pour 10 000, mais les taux ne sont pas disponibles pour toutes les provinces, et les données qui concernent certaines provinces n'ont pas été mises à jour depuis 10 ans. Le tableau 1 présente les taux observés dans certaines provinces.

**Tableau 1. Prévalence de l'infection à VIH chez les femmes enceintes au Canada**

| Province | Prévalence du VIH/ 10 000 femmes enceintes | Année |
|---|---|---|
| Colombie-Britannique | 3,4 | 1994[3] |
| Alberta | 3,3 | 2000[4] |
| Manitoba | 3,2 | 1994-1995[5] |
| Ontario* | 5,0* | 2003[6] |
| Québec | 5,2 | 1990[7] |

*Parmi les 84 % de femmes enceintes qui ont subi un test de dépistage du VIH.

En Ontario, l'on a confirmé la présence de l'infection à VIH chez 105 jeunes enfants (2 ans) nés entre 1984 et 2001. Près de 56 % des mères séropositives ont cité comme facteur de risque d'infection à VIH le fait d'être originaire d'un pays où l'infection à VIH est endémique (pays où les contacts hétérosexuels constituent le mode prédominant de transmission du VIH). En outre, 32 % des femmes ont mentionné comme facteur de risque les contacts hétérosexuels ailleurs que dans un pays d'endémie et 9 % ont mentionné l'injection de drogues[8].

Au Québec, entre juillet 1997 et juin 2001, près de 60 % des 209 femmes enceintes infectées par le VIH étaient originaires d'un pays d'endémie. Parmi ces femmes, 73 (34,9 %) étaient Africaines et 52 (24,9 %) étaient Haïtiennes[9].

## Recommandations provinciales et territoriales en ce qui concerne le dépistage prénatal du VIH

Dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, ce sont les femmes enceintes qui décident de subir ou non le test de dépistage du VIH. Des lignes directrices et des recommandations qui concernent le dépistage du VIH chez les femmes enceintes ont été élaborées dans chaque province et territoire pour favoriser la prise de décisions éclairées; un résumé des diverses approches qui concernent le dépistage prénatal du VIH au Canada est présenté dans le tableau 2.

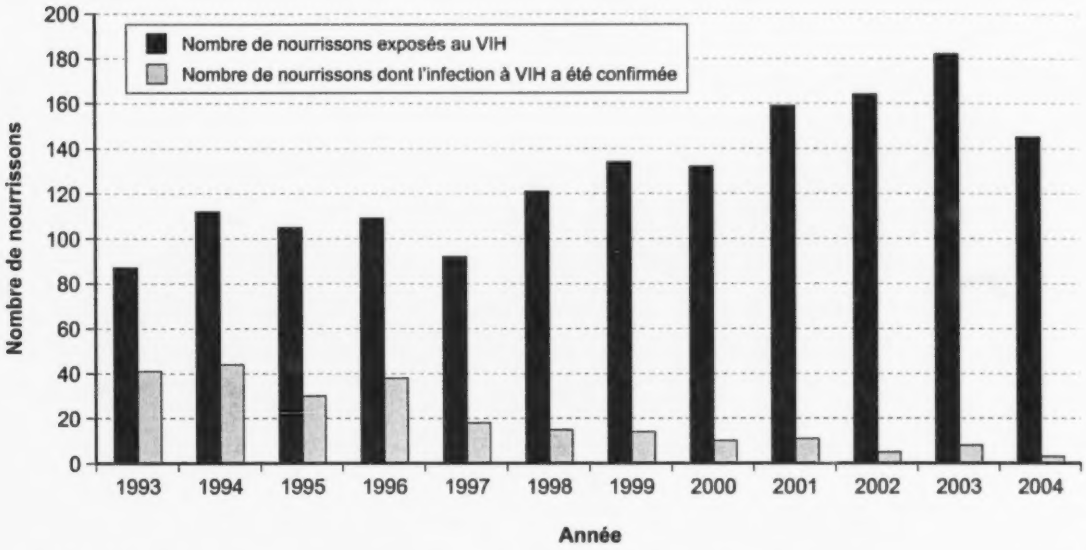
Une revue des dossiers des femmes enceintes, qui a débuté huit mois après la mise en œuvre des lignes directrices universelles en ce qui concerne le counselling prénatal et la transmission verticale en Ontario, et qui a duré deux ans, a révélé que la transmission périnatale était toujours présente. Les auteurs de l'étude ont donc conclu que les lignes directrices existantes n'étaient pas totalement adoptées et ont suggéré que pour diminuer encore plus la transmission périnatale, l'Ontario inclut le dépistage du VIH dans les tests prénataux systématiques, tout en avisant les femmes qu'elles peuvent refuser le test[10].

## Accès des Canadiennes aux programmes de dépistage prénatal du VIH

Les données qui proviennent des programmes de dépistage prénatal du VIH peuvent fournir des renseignements importants sur l'efficacité des recommandations relatives à ce type de dépistage. Voici des données de plusieurs provinces.

- **Colombie-Britannique :** Environ 55 % des femmes enceintes en Colombie-Britannique ont subi un test de dépistage du VIH en 1995. On a estimé que ce pourcentage avait atteint 80 % en 1999, 60 % dans le cadre d'un dépistage prénatal systématique et 20 % dans le cadre d'un dépistage chez les groupes jugés à risque élevé (Dr M. Rekart, Centre d'épidémiologie de la

**Figure 1. Nombre signalé de jeunes enfants exposés au VIH *in utero* et nombre de ceux dont l'infection à VIH a été confirmée**






Colombie-Britannique, communication personnelle, mars 2002).

- **Alberta :** Pendant les quatre premiers mois (de septembre à décembre 1998) d'existence de la politique de retrait, 4,7 % des femmes enceintes admissibles au dépistage prénatal du VIH ont refusé de passer le test. En 1999, 3,3 %[4] et en 2000 1,5 % ont refusé[11].

- **Manitoba :** Environ 60 % des femmes qui recherchent des soins prénataux au Manitoba sont testées pour le VIH. Santé Manitoba évalue actuellement l'introduction d'une politique de retrait du dépistage et ses effets sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes (Trina Larsen, Santé Manitoba, communication personnelle, janvier 2005).

- **Ontario :** Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes a augmenté graduellement, en passant de 46,9 % en 1999 (41 % pendant la grossesse et 5,9 % auparavant) à 84,2 % en 2003 (78,6 % pendant la grossesse et 5,7 % auparavant)[6].

- **Québec :** Une étude récente a examiné les changements dans les pratiques médicales qui concernent le dépistage prénatal du VIH à l'hôpital Sainte-Justine, centre de référence pour la province de Québec, après la mise en œuvre, en 1997, de la stratégie de dépistage du VIH pendant la grossesse. Le programme consiste en un counselling universel et offre le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes. Selon l'étude, 61,8 % des femmes enceintes se sont vu offrir le test de dépistage du VIH en 2001[9]. Parmi les 58 femmes enceintes séropositives vues à cet hôpital en 2002, 33 ont reçu un diagnostic d'infection à VIH avant leur grossesse et 20 pendant leur grossesse[12].

- **Terre-Neuve-et-Labrador :** Depuis la mise en œuvre, en 1997, de la politique de Terre-Neuve-et-Labrador qui consiste à effectuer le dépistage du VIH chez les femmes enceintes à moins qu'elles ne refusent, 94 % des femmes enceintes ont subi le test. Aucun cas de transmission périnatale n'a été enregistré depuis 1994[13].

- **Territoires du Nord-Ouest :** En 2001, 2002 et 2003, l'on a évalué le programme

**Tableau 2. Approches du dépistage prénatal du VIH au Canada et année de la mise en œuvre ou de la recommandation***

| Province/ territoire | Approche du dépistage | Année |
|---|---|---|
| Colombie-Britannique | Le dépistage du VIH est offert dans le cadre des soins prénataux courants et s'accompagne de services de counselling avant et après le test. Les femmes doivent donner leur consentement éclairé. | 1994 |
| Yukon | Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes est fortement recommandé et le dépistage chez les partenaires sexuels est aussi encouragé. | 1994 |
| Territoires du Nord-Ouest | Le dépistage prénatal du VIH a été introduit en 1993 dans le cadre d'un programme auquel les femmes choisissent de participer. En 1998, le dépistage du VIH a été intégré aux soins prénataux systématiques, mais les femmes ont la possibilité de s'y soustraire. | 1993, révisé en 1998 |
| Nunavut** | Même politique que les Territoires du Nord-Ouest. | 1999 |
| Alberta | Le dépistage du VIH fait partie des tests sanguins prénataux systématiques effectués chez toutes les femmes enceintes en Alberta et le dépistage du VIH est fait, à moins que la femme ne refuse (politique de retrait). | 1998 |
| Saskatchewan | Le consentement est obtenu avant le test et des services de counselling adéquats sont offerts avant et après le test. | 1999 |
| Manitoba | Il est fortement recommandé que tous les professionnels des soins de santé donnent des renseignements adéquats et offrent le dépistage du VIH à toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénataux usuels. La décision de ne pas subir le test est volontaire (option de retrait) et fondée sur un choix éclairé. | 2002 |
| Ontario | Le dépistage prénatal du VIH est offert à toutes les femmes enceintes dans le cadre des soins prénataux, avec un consentement éclairé et des services adéquats de counselling avant et après le test. | 1998 |
| Québec | Toutes les femmes enceintes et celles qui envisagent une grossesse sont invitées à subir un dépistage du VIH. | 1997 |
| Nouveau-Brunswick | Les médecins encouragent systématiquement toutes les femmes enceintes à subir un test de dépistage du VIH, qui s'accompagne de services de counselling adéquats avant et après le test, et à donner leur consentement éclairé.<br><br>On s'emploie actuellement à élaborer une politique de retrait comme norme pour le dépistage du VIH chez les femmes enceintes. | 1999<br><br>2004 |
| Nouvelle-Écosse | Le dépistage du VIH est offert à toutes les femmes enceintes en même temps que les autres tests prénataux pendant le premier trimestre de grossesse. Si une femme refuse de se faire tester pendant le premier trimestre de sa grossesse ou si l'on sait qu'elle s'adonne à des activités à risque élevé, on lui offre le test plus tard au cours de la grossesse. | 1998 |
| Île-du-Prince-Édouard | Le dépistage du VIH est recommandé à toutes les femmes enceintes et est offert lors de la première consultation prénatale. | 1999 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Le dépistage du VIH fait partie du dépistage prénatal systématique et il est effectué, à moins que la femme ne décide de s'y soustraire. | 1997 |

*Selon les données fournies par les coordonnateurs provinciaux/territoriaux des données sur le VIH/sida.

**Le Nunavut est devenu un nouveau territoire en avril 1999 après sa séparation d'avec les Territoires du Nord-Ouest.

de retrait des T. N.-O. En 2001, une collectivité n'a pas fait le dépistage de tous les patients par suite d'une fausse interprétation du programme de retrait. Il n'y a pas de preuve d'un refus du dépistage prénatal du VIH par des femmes. Depuis 2002, toutes les femmes ont subi le dépistage prénatal du VIH (Wanda White, Services de santé et services sociaux, communication, personnelle, décembre 2004)

## Le traitement antirétroviral peut réduire le risque de transmission périnatale du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse

Le dépistage du VIH pendant la grossesse peut fournir l'occasion d'offrir un traitement antirétroviral à la mère et au jeune enfant, par exemple dans les cas suivants.

- En 1994, le Pediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTG) Protocol 076 a montré qu'un schéma posologique en trois parties d'AZT (zidovudine) pouvait réduire de près de 70 % le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant[14].

- Même si le traitement avec l'AZT seule peut réduire de manière importante le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'on considère maintenant que la monothérapie est sous-optimale pour le traitement de l'infection à VIH et l'on regarde les traitements par association de médicaments comme la norme des soins[15].

Au Québec, à l'hôpital pédriatique Sainte-Justine, le recours à l'AZT a réduit la probabilité de transmission mère-enfant du VIH, avec un taux de 28,3 % chez les paires mère-enfant qui n'avaient pas reçu d'AZT, comparativement à 3,8 % chez les paires qui avaient reçu un traitement partiel ou complet à l'AZT[16].

Une étude réalisée entre 1993 et 1999 sur l'usage de l'AZT en Colombie-Britannique a mis en évidence une diminution du taux de transmission verticale du VIH, qui est passé de 28 % chez les paires mère-enfant non traitées à 13 % chez les paires traitées partiellement et à 0 % chez les paires qui ont reçu un traitement complet[17].

En Alberta, une étude qui portait porté sur la prévention de la transmission périnatale du VIH entre 1998 et 1999 a montré que lorsque les mères séropositives recevaient des antirétroviraux pendant la grossesse et l'accouchement, 31 bébés sur 36 (86 %) n'étaient pas infectés par le VIH[18].

## Les programmes canadiens de dépistage prénatal du VIH sont utiles

Le dépistage du VIH chez les femmes enceintes représente clairement une importante occasion de prévenir la transmission périnatale du VIH aux jeunes enfants. On estime que si ces programmes permettaient d'effectuer un dépistage chez 90 % des femmes enceintes au Canada, l'on arriverait à réduire de 65 % le nombre de nourrissons infectés par le VIH (par rapport au nombre observé en l'absence de dépistage prénatal et en présumant que 24 % des femmes enceintes non traitées et 6 % des femmes enceintes traitées auraient des enfants infectés par le VIH)[19].

## Commentaires

Le CPCMI a estimé qu'environ 17 000 Canadiennes et Canadiens sont infectés par le VIH sans le savoir[20]. La proportion des rapports de test positifs pour le VIH chez les femmes est à la hausse. Ainsi, plus le nombre de femmes infectées par le VIH est élevé, plus le risque de transmission périnatale augmente. Si l'on considère ce risque et le fait qu'il est possible de prévenir l'infection périnatale, il est important que toutes les femmes enceintes et les femmes qui envisagent une grossesse aient accès à des soins prénataux qui comprennent le dépistage du VIH ainsi que des services de counselling et des soins adéquats.

## Références


1. Organisation mondiale de la santé. *Transmission du VIH de la mère à l'enfant.* URL : <www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/> (vérification le 12 janvier 2005).

2. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Ottawa, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

3. Pi D, Ballem PJ, Schecter MT. *Final Report: the BC prenatal study: 1989-94,* Rapport présenté au Laboratoire de lutte contre la maladie, janvier 1995; et Rekart M. *HIV in pregnancy,* BC AIDS Update Quarterly Report, 4th Quarter 1995.

4. Jayaraman GC, Larke B, Preiksaitis J. *Mandatory reporting of HIV infection and opt-out prenatal screening for HIV infection: effect on testing rates.* Can Med Assoc J 2003;168(6): 679-82.

5. Blanchard J et coll. *Manitoba antenatal study,* Rapport présenté au Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, juin 1996

6. Remis RS. *Tables of prenatal HIV testing in Ontario: Summary*. URL : <www.phs.utoronto.ca/ohemu/doc/Summary2004_Q1.pdf> (vérifié le 12 janvier 2005).

7. Hankins D, Laberge C, Lapointe N et coll. *HIV infections among Quebec women giving birth to live infants.* Can Med Assoc J 1991; 144(3):277-80.

8. Remis RS et coll. *Epidemiologic modeling to evaluate prevention of mother-infant HIV transmission in Ontario.* J Acquir Immune Defic Syndr 2003;34(2):221-30.

9. Boucher M, Samson J, Lapointe N. *HIV screening among pregnant women in the province of Québec: success and failure.* Can J Infect Dis 2002;13(suppl A):30A(Résumé 223).

10. Bitnun A et coll. *Failure to prevent perinatal HIV infection*. Can Med Assoc J 2002; 166(7):904-5.

11. Wang FJ, Larke B, Gabos S et coll. Potential factors that may affect acceptance of routine prenatal HIV testing. Can J. Public Health 2005;96(1):60-3.

12. Santé et Services sociaux Québec. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C, de l'infection par le VIH et du sida au Québec,* décembre 2003. URL : < ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2003/03-329-01.pdf> (vérifiction le 12 janvier 2005).

13. Mossman CL, Ratnam S. *Opt-out prenatal HIV testing in Newfoundland and Labrador.* Can Med Assoc J 2002;167(6):630.

14. Conner EM, Sperling RS, Gelber R et coll. *Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group.* N. Engl J Med 1994;331(18):1173-80.

15. CDC. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents.* MMWR 2002. 51. RR 7:1-55 (mises à jour ultérieures disponibles à <AIDSinfo.nih.gov>, vérification le 12 janvier 2005).

16. GCRSE. *Antiretroviral Therapy in Pregnant Women. Access and outcome (1995-1997) and the experience of transmission of HIV in treated pregnant women at Ste. Justine's Clinic, Québec.* Présentation par Lapointe N., dans les actes d'une réunion scientifique pour l'examen de la transmission verticale du VIH au Canada, juin 1998.

17. Forbes JC et coll. *Effect of antiretroviral use on HIV vertical transmission rate and injection drug use on adherence in British Columbia, Canada.* Can J Infect Dis 2000;11:46B (Résumé 246P).

18. Robinson JL, Bonita EL. *Prevention of perinatal transmission of HIV infection.* Can Med Assoc J 2000;163(7):831-2.

19. Archibald CP et coll. *Estimating the impact of antenatal HIV testing in Canada: a lesson on the difference between efficacy and effectiveness.* Can J Infect Dis 1999;10:3B (Résumé C304).

20. Geduld J, Gatali M, Remis RS et coll. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* RMTC 2003;29:197-206.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**



**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

7

Cette page blanche a été laissée intentionnellement.

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les collectivités autochtones et noires demandent davantage d'attention



## *Points saillants*

- **Les Autochtones et les Noirs sont surreprésentés parmi les cas de sida déclarés au Canada, en comptant pour 14,4 % et 20,7 % respectivement des cas de sida dont l'origine ethnique est connue.**
- **Environ la moitié de tous les rapports de test positifs pour le VIH chez les Autochtones (45 %) et les Noirs (49,5 %) concernent des femmes, alors que les femmes représentent seulement 16,7 % des rapports chez les Blancs.**
- **Les rapports de test positifs pour le VIH indiquent que l'injection de drogues et les contacts hétérosexuels sont les catégories d'exposition dominantes chez les Autochtones et les Noirs. L'utilisation de drogues injectables compte pour 59,4 p.100 des rapports de test positifs pour le VIH. L'exposition hétérosexuelle représente 84,5 % des rapports positifs concernant des Noirs.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

La mention de l'origine ethnique dans les rapports de cas de sida et de test positifs pour le VIH est devenue un élément important de la surveillance du sida et de l'infection à VIH, car elle offre une perspective unique de l'épidémie. Comme d'autres descripteurs démographiques, l'information sur l'origine ethnique peut faciliter la création et l'évaluation de programmes ciblés de prévention et de traitement, de même que l'élaboration de politiques sanitaires.

La présente section des *Actualités en épidémiologie* donne un résumé de l'information sur l'origine ethnique qui provient du système national de surveillance du sida et du VIH. L'on trouvera d'autres renseignements dans *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004*[1].

## Sida

### Amélioration des données sur l'origine ethnique des cas de sida

Depuis 1982, année où le premier cas de sida a été signalé au Canada, 87,6 % (17 060/19 468) des cas de sida déclarés jusqu'au 30 juin 2004 s'accompagnaient d'information sur l'origine ethnique. Pendant cette période, la proportion de cas pour lesquels on disposait de ces renseignements a augmenté. Entre 1982 et 1991, 85,6 % des rapports de cas de sida indiquaient l'origine ethnique, et la proportion est passée à 89,5 % au cours de la période 1992 à 2001. En 2003, 83,5 % (208/249) des cas indiquaient l'origine ethnique.

### Cas signalés de sida et origine ethnique : des proportions changeantes

Le nombre annuel de cas déclarés de sida a diminué au cours des 10 dernières années, passant de 1 831 cas en 1993 à 249 en 2003. Toutefois, le nombre de cas dans certains groupes ethniques n'a pas décliné au même rythme que dans d'autres. Pour mieux comprendre les tendances selon l'origine ethnique, il est utile d'examiner la proportion de tous les cas déclarés de sida attribués à un groupe ethnique donné.

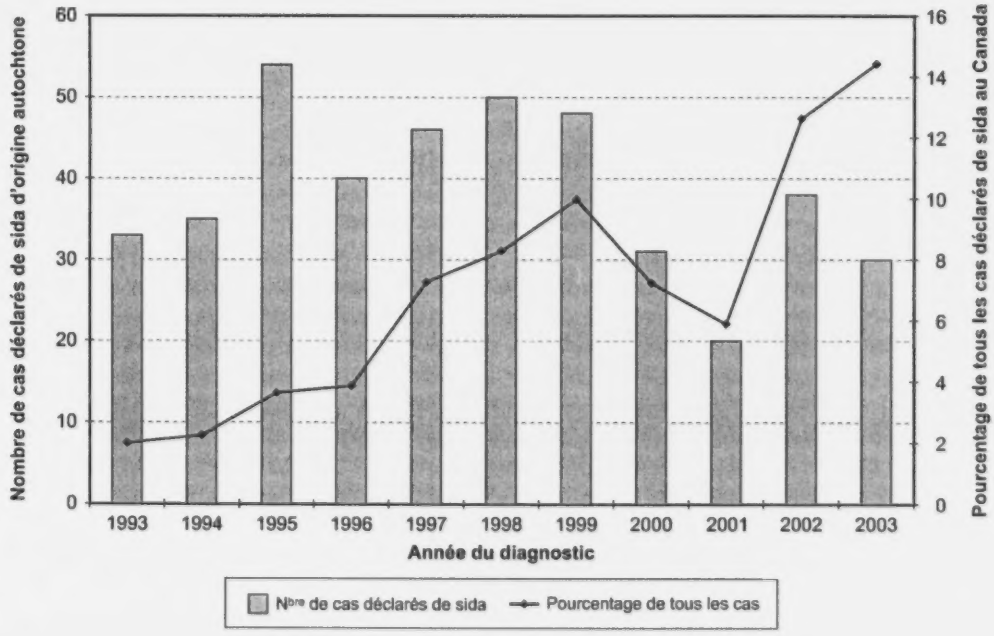
Dans le passé, ce sont les Blancs qui ont enregistré la plus forte proportion de cas déclarés de sida, mais cette proportion a diminué au cours des 10 dernières années. La proportion des cas déclarés de sida dont on connaît l'origine ethnique chez les personnes de race blanche était la plus élevée en 1988, à 90,6 %, mais a diminué pour tomber à 53,8 % en 2003. Avec une diminution chez les Blancs, il y a eu une augmentation correspondante de cas déclarés de sida dans d'autres groupes ethniques. L'augmentation de la proportion est la plus marquée chez les Autochtones et les Noirs depuis 1994 (figure 1). En 2001, les Autochtones et les Noirs représentaient 3,3 % et 2,2 % de la population canadienne, respectivement[2]. En 2003, ils représentaient 14,4 % et 20,7 % des cas signalés de sida dont l'origine ethnique était connue. Les Noirs forment la proportion la plus élevée des cas de sida déclarés parmi les groupes non blancs.

## VIH

### Éléments manquants : rapports de test positifs pour le VIH qui ne contiennent aucune donnée sur l'origine ethnique

Les renseignements donnés sur l'origine ethnique ne sont pas aussi complets dans les rapports de test positifs pour le VIH que dans les rapports de cas de sida, car on n'en dispose que pour certaines provinces et certains territoires. Les cas d'infection à VIH sont déclarés depuis moins longtemps que ceux de sida et il subsiste certaines craintes en ce qui concerne la consignation de données confidentielles. L'analyse des renseignements sur l'origine ethnique dans les rapports des tests de dépistage du VIH représente donc tout un défi.

**Figure 1. Cas de sida déclarés dans la collectivité autochtone du Canada**



Ce n'est que depuis 1998 que l'on dispose de données sur l'origine ethnique des rapports de test positifs pour le VIH; il n'est donc possible d'effectuer des comparaisons que pour la période limitée qui s'est écoulée depuis. Entre janvier 1998 et le 30 juin 2004, 29,4 % (environ un tiers) des rapports de test positifs pour le VIH contiennent des renseignements sur l'origine ethnique (4 475/15 218).

En étudiant les données sur l'infection à VIH, il est important de tenir compte du fait que les provinces et les territoires ne donnent pas tous des renseignements sur l'origine ethnique des cas. Les provinces et les territoires qui mentionnent l'origine ethnique comprennent la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador. L'on n'utilise donc que les données de ces provinces et territoires pour procéder à un examen selon l'origine ethnique, ce qui inclut les catégories des Autochtones et des Noirs.

Deux des plus importantes provinces du Canada, l'Ontario et le Québec, ne recueillent pas régulièrement et/ou ne donnent pas de renseignements ethniques sur leurs tests positifs pour le VIH. Ceci limite l'exercice de la surveillance de l'origine ethnique, car ces deux provinces comptent à elles seules plus des deux tiers de tous les rapports de test positifs pour le VIH. Ces deux provinces incluent aussi deux centres urbains importants, Toronto et Montréal, qui sont diversifiés sur le plan ethnique. L'omission de ces provinces contrecarre la capacité de décrire avec précision l'épidémie dans ces sous-groupes ethniques.

Dans les provinces et les territoires qui fournissent des renseignements sur l'origine ethnique, 90,5 % des rapports de test positifs pour le VIH indiquaient l'origine ethnique entre janvier 1998 et le 30 juin 2004 (4 475/4 946). Par conséquent, les données sur l'origine ethnique ne doivent pas être considérées comme représentatives de l'ensemble du Canada. Il faut également tenir compte que les sources des rapports sur le VIH qui contiennent des renseignements sur l'origine ethnique correspondent à des régions où la population autochtone est nombreuse en comparaison d'autres régions du Canada.

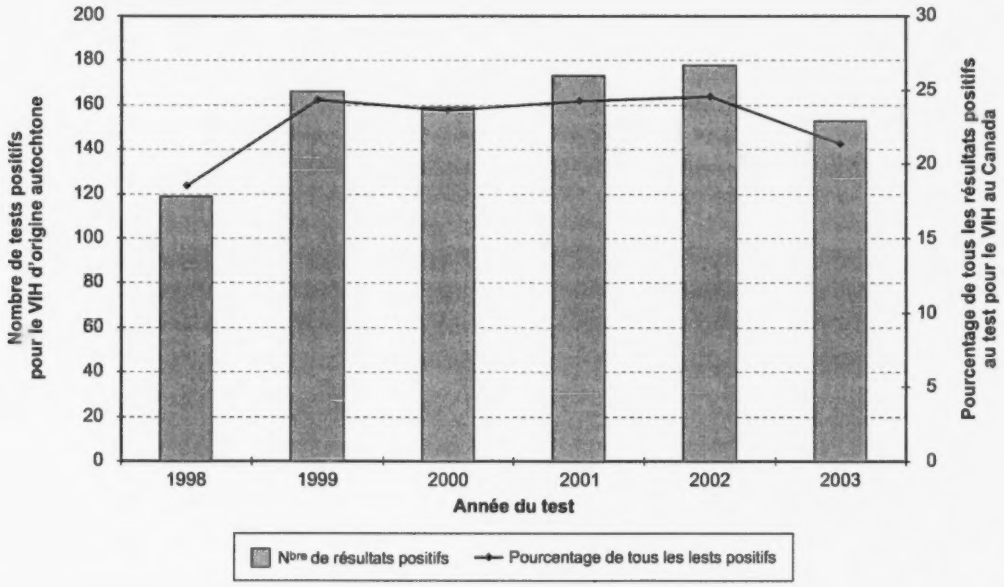
**Une proportion notable des personnes séropositives pour le VIH dont on connaît l'origine ethnique sont des Autochtones**

La majorité des rapports de test positifs pour le VIH qui contiennent des renseignements sur l'origine ethnique concernent des Blancs, ce qui correspond à la situation observée pour les rapports de cas de sida. Les Blancs représentaient 68 % des cas séropositifs dont l'origine ethnique était connue en 1998. Cette proportion est tombée à 60,6 % entre 1999 et 2001 et s'est réduite encore à 58,9 % en 2003 (421/715).

En 1998, 18,6 % des cas séropositifs dont l'origine ethnique était connue étaient des Autochtones, alors qu'en 2001, cette proportion atteignait 24,6 % (figure 2). La proportion des rapports de test positifs pour le VIH chez les Autochtones en 2003 s'élevait à 21,4 %. Ces proportions sont plus élevées que celles attribuées aux Autochtones pour les cas déclarés de sida. Par exemple, en 2001, 5,9 % des cas déclarés de sida dont l'origine ethnique était connue étaient des Autochtones. Cette différence tient probablement en partie au fait que les données sur l'origine ethnique des cas d'infection à VIH sont surtout transmises par les provinces de l'Ouest, où les Autochtones sont plus nombreux. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le VIH/sida chez les Autochtones, prière de se reporter aux *Actualités en épidémiologie* intitulées : « L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant », mai 2004[3].

Par comparaison avec d'autres groupes non blancs, les Autochtones représentent la proportion la plus élevée de rapports de test positifs pour le VIH, dont l'origine ethnique est notée (figure 2); toutefois, il faut se rappeler que les deux plus importantes provinces,

**Figure 2. Rapports de test positifs pour le VIH dans la collectivité autochtone du Canada pour les provinces et les territoires qui indiquent l'origine ethnique pour le VIH***






l'Ontario et le Québec, ne sont pas représentées dans les données sur l'origine ethnique du VIH.

### La proportion de rapports de tests positifs pour le VIH attribués aux Noirs augmente

Comme les données sur l'origine ethnique des cas séropositifs pour le VIH ne sont pas complètes à l'échelle nationale, il faut faire preuve de prudence dans leur interprétation. Il faut cependant rappeler que la proportion de cas parmi les Noirs a augmenté de façon constante au cours des cinq dernières années. En 1998, les Noirs représentaient 5,3 % des cas séropositifs dont l'origine ethnique était connue. En 2003, la proportion a atteint 10,8 %.

### Les tests séropositifs traduisent des différences entre les groupes ethniques

Des 4 475 cas séropositifs dont l'origine ethnique était connue et qui ont été signalés entre janvier 1998 et le 30 juin 2004, 1 010 étaient des Autochtones, 371 des Noirs et 2 714 des Blancs. Les 380 cas restants appartenaient à d'autres catégories ethniques. Le tableau 1 illustre la distribution des rapports de test positifs pour le VIH selon le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition, pour les trois groupes ethniques mentionnés. Ces renseignements peuvent faciliter la conception et le ciblage des programmes de prévention et de soins.

Comme le montre le tableau 1, les rapports qui concernent les Autochtones et les Noirs sont répartis également entre les hommes et les femmes, et la proportion est plus élevée chez les plus jeunes que chez les Blancs. L'utilisation de drogues injectables est un mode de transmission très important chez les Autochtones et représente 59,4 % des rapports de test positifs pour le VIH entre 1998 et le 30 juin 2004. Les personnes dont l'infection à VIH était attribuée à des contacts hétérosexuels† représentaient la plus forte

† La catégorie d'exposition hétérosexuelle inclut les personnes nées dans un pays où l'infection à VIH est endémique, les personnes qui signalent des contacts hétérosexuels avec une personne infectée ou à risque plus élevé d'infection à VIH et les personnes qui signalent les contacts hétérosexuels comme étant le seul facteur de risque.

**Tableau 1. Comparaison des rapports de test positifs pour le VIH entre des groupes ethniques choisis, de 1998 au 30 juin 2004**

| | Blanc | Autochtone | Noir |
|---|---|---|---|
| **Sexe** | ***n* = 2 708** | ***n* = 1 007** | ***n* = 370** |
| Femme | 16,7 % | 45,0 % | 49,5 % |
| **Âge** | **n = 2,713** | **n = 1,009** | **n = 371** |
| 20-29 ans | 16,8 % | 26,5 % | 33,2 % |
| 30-39 ans | 37,3 % | 39,4 % | 42,9 % |
| 40-49 ans | 29,9 % | 23,5 % | 13,7 % |
| **Catégorie d'exposition*** | **n = 2,605** | **n = 979** | **n = 357** |
| HRSH | 40,8 % | 6,9 % | 6,7 % |
| UDI | 32,6 % | 59,4 % | 5,9 % |
| Hétérosexuel | 21,4 % | 27,6 % | 84,5 % |

HRSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, UDI = utilisateurs de drogues par injection

proportion des cas séropositifs chez les Noirs (84,5 %). La majorité (64,1 %) des cas se trouvent dans le sous-groupe de personnes qui proviennent d'un pays où le VIH est endémique.

- Chez les Blancs, la proportion la plus élevée des rapports de séropositivité était attribuée à des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH) (40,8 %) et aux UDI (32,6 %).

## Limites des données sur l'origine ethnique dans les rapports de cas d'infection à VIH et de sida

Plusieurs facteurs limitent grandement l'exactitude des renseignements sur l'origine ethnique qui proviennent des données de surveillance du sida et de l'infection à VIH. Il faut garder à l'esprit les lacunes qui suivent en examinant ces données.

- Des erreurs de classification de l'origine ethnique peuvent se produire au moment du diagnostic de l'infection à VIH ou du sida.
- Dans les rapports de cas de sida, les patients et les professionnels de la santé sont limités par la liste des catégories ethniques qui figurent sur le formulaire de déclaration des cas de sida, ce qui peut compromettre l'exactitude des données consignées sur l'origine ethnique.
- Les personnes de certaines communautés peuvent ne pas vouloir que leur origine ethnique soit indiquée, ce qui entraîne une sous-représentation.
- Ce ne sont pas toutes provinces et tous les territoires qui recueillent et communiquent systématiquement des données sur l'origine ethnique.
- Des variations dans l'intégralité des données sur l'origine ethnique entre les provinces et à l'intérieur de celles-ci peuvent entraîner une surreprésentation ou une sous-représentation systématique de certaines communautés.
- Le retard dans la déclaration des cas peut varier selon le groupe ethnique et peut donc influer sur la représentativité des données sur l'origine ethnique des cas d'infection à VIH et de sida récemment signalés.

8

Compte tenu de ces limites, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on interprète les données présentées sur l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH. Cela s'applique particulièrement aux rapports de test positifs pour le VIH qui renferment des renseignements incomplets sur l'origine ethnique.

## Commentaires

Dans leur ensemble, les provinces et les territoires continuent d'indiquer les données sur l'origine ethnique dans les rapports sur le sida. Avec des données rétrospectives allant jusqu'à 1982, les intervenants peuvent poursuivre l'examen des données sur le sida pour obtenir des renseignements sur la progression de l'épidémie de VIH.

Malgré les limites rattachées à la collecte et au compte rendu des données sur l'origine ethnique pour les rapports de test positifs pour le VIH, les données disponibles donnent une bonne information préliminaire sur les tendances de l'épidémie de VIH dans les divers groupes ethniques. Il faut toujours tenir compte de l'intégralité des données en interprétant les tendances actuelles. Les questions qui portent sur la qualité des données associées à l'origine ethnique demande une surveillance continue, en vue d'apporter des améliorations. La disponibilité des données sur l'origine ethnique rattachées aux rapports de test positifs pour le VIH continueront d'être un outil pertinent pour la santé publique, en permettant la conception de programmes spécialisés de prévention et de traitement, ainsi qu'en contribuant à évaluer les effets de ces initiatives.

## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004. URL : <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0604/index.html>.
2. Statistique Canada. URL : < www12.statcan.ca/english/census01/products/highlight/Ethnicity/Page.cfm?Lang=E&Geo=PR&View=1&Table=1&StartRec=1&Sort=2&B1=Counts>. Le 30 janvier 2003.
3. Agence de santé publique du Canada. *L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant, Actualités en épidémiologie du VIH/sida,* Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005.


## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant

## *Points saillants*

- **L'épidémie du VIH/sida au Canada touche de façon disproportionnée les peuples autochtones.**
- **L'injection de drogues demeure un mode de transmission important dans la collectivité autochtone. En 2003, on a attribué un peu plus de la moitié (51,7 %) des cas de sida aux UDI.**
- **Le VIH/sida atteint de manière importante les femmes autochtones Elles représentent près de la moitié (45 %) de tous les rapports de séropositivité qui concernent les Autochtones, en comparaison de 20 % de rapports dans les populations non autochtones.**
- **Les Autochtones sont infectés par le VIH à un âge plus jeune que les non-Autochtones. Près du tiers (28,7 %) représentent de jeunes Autochtones (< 30 ans) en comparaison de 21,3 % dans les populations non autochtones.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Au Canada, les populations autochtones sont très hétérogènes, une situation qui reflète les particularités des différentes communautés (Premières nations, Inuit et Métis) sur le plan des origines historiques, de la langue et des traditions culturelles. Malheureusement, un nombre disproportionné de leurs membres subissent les effets négatifs de nombreux facteurs sociaux, économiques et comportementaux (p. ex., taux élevés de pauvreté, de toxicomanie et d'infections transmises sexuellement, accès limité aux services de santé ou utilisation réduite de ces services) qui augmentent leur vulnérabilité à l'infection à VIH.

Une description adéquate de l'épidémie du VIH/sida chez les Autochtones demande un accès précis et complet aux données sur l'origine ethnique pour les cas de sida et les rapports de test positifs pour le VIH. Les données sur l'origine ethnique des cas de sida sont établies depuis 1982 avec, en 2003[1], 83,5 % de tous les cas qui contiennent ces données. Dans les rapports de test positifs pour le VIH, les données sur l'origine ethnique sont indiquées dans environ un tiers (29,4 %) des rapports[1]. À ce titre, les données sur l'origine ethnique des infections à VIH ne sont pas disponibles pour toutes les provinces et tous les territoires. Les provinces et les territoires qui mentionnent des renseignements ethniques comptent la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador. L'on n'utilise donc que les données de ces provinces et territoires pour procéder à un examen des données en ce qui concerne les Autochtones.

Parmi les provinces qui donnent des renseignements ethniques avec les rapports de séropositivité, les collectivités autochtones forment 6 % de la population, avec des concentrations dans les territoires[2] (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut, 22,9 %, 50,5 % et 85,4 % de leurs populations respectives) et les autres provinces[2] de l'Ouest, comme la Saskatchewan (13,5 %) et le Manitoba (13,6 %). Heureusement, les renseignements ethniques sur les rapports de séropositivités sont des données bien indiquées pour toutes ces provinces.

Le présent rapport met à jour les renseignements sur la situation de l'épidémie du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada. Pour résumer les données de surveillance du VIH/sida au Canada, l'on a divisé les peuples autochtones en trois catégories : Premières nations, Inuit et Métis. La catégorie *Autochtones d'origine non précisée* est utilisée lorsque l'origine ethnique est inconnue.

Les données nationales de surveillance du VIH et du sida qui figurent dans le présent document proviennent de deux sources : a) *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au* 30 juin *2004*[3]; b) de données non publiées de la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques (DSER), Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI), Agence de santé publique du Canada (ASPC).



## Les Autochtones forment un pourcentage croissant des rapports de séropositivité et des cas de sida

Au cours des dernières années, on a observé une hausse constante du nombre de cas de sida et de tests positifs pour le VIH parmi les peuples autochtones du Canada.

### Données de la surveillance du sida

- Entre 1979 et le 30 juin 2004, l'on a signalé 19 468 cas de sida au CPCMI. Parmi ces cas, 17 060 (87,6 %) comportaient des renseignements sur l'origine ethnique. De ces 17 060 cas, 532 concernaient des Autochtones (3,1 %).
- Avant 1993, sur les 8 274 cas déclarés de sida dont l'origine ethnique était connue, 100 (1,2 %) concernaient des Autochtones. Cette proportion a augmenté de façon soutenue, pour atteindre un sommet de 10,0 % en 1999. En 2000 et en 2001, la proportion s'est réduite à 7,2 % et à 5,9 %, respectivement. Cependant, on a observé une nouvelle hausse en 2003, où les Autochtones ont représenté 14,4 % de tous les cas déclarés de sida dont l'origine ethnique était connue.

### Données de la surveillance du VIH

- Entre 1998 et la fin de juin 2004, il y a eu 15 218 tests positifs pour le VIH signalés au CPCMI, dont 4 475 contenaient des renseignements sur l'origine ethnique (29,4 %)*. Parmi ces 4 475 rapports, 1 010 concernaient des Autochtones (22,6 %). Les données sur l'origine ethnique des rapports de test positifs pour le VIH n'étant disponibles que depuis 1998, les comparaisons ne sont possibles que pour cette période limitée.
- La figure 2 montre que depuis 1999, la proportion de rapports de test positifs pour le VIH en ce qui concerne les Autochtones est demeurée constante, à environ 20 %. En 1998, dans les provinces et territoires qui notent systématiquement l'origine ethnique, l'on a relevé 119 Autochtones parmi les 641 tests positifs pour le VIH, soit 18,6 % de tous les résultats positifs déclarés dans cette période. En 2002, cette proportion avait atteint 24,6 % (178/725) des tests positifs pour le VIH dont l'origine ethnique était connue, mais est retombée à 21,4 % (153/715) en 2003.

### Données d'études ciblées

- Le Chief's Health Committee du Sommet des Premières nations a effectué une étude

* Les provinces et territoires qui mentionnent systématiquement l'origine ethnique des personnes qui ont subi un test positif pour le VIH sont la Colombie-Britannique, le Yukon, l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

**Figure 1. Cas déclarés de sida dans la communauté autochtone du Canada**

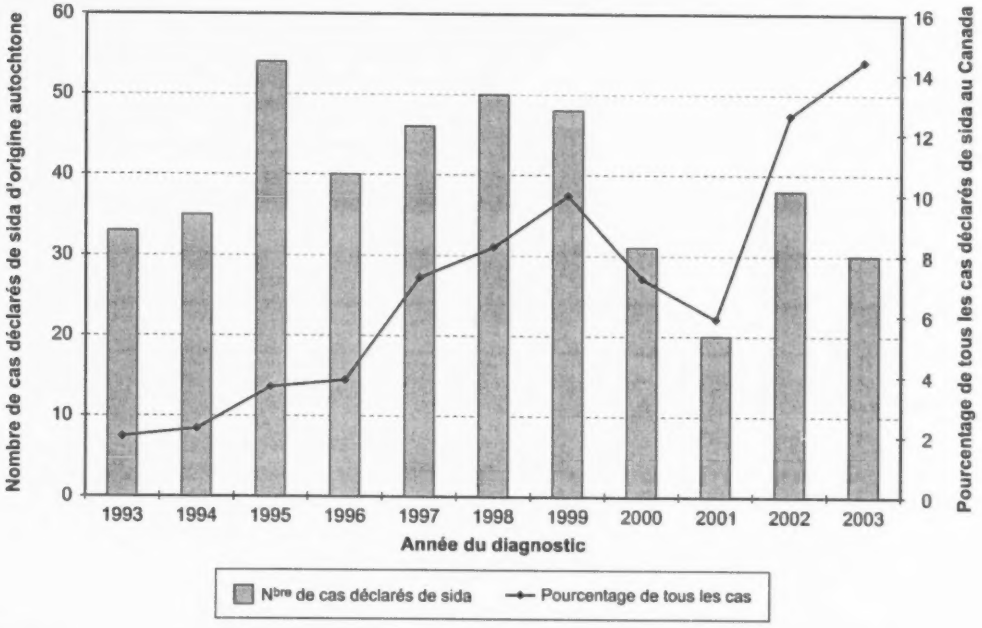
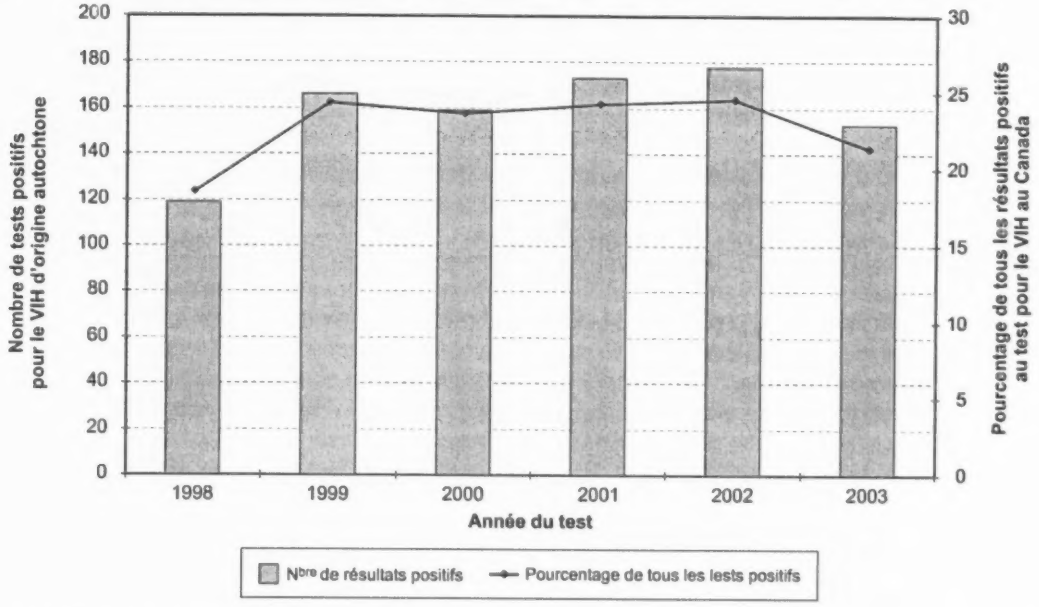



**Figure 2. Tests positifs pour le VIH dans les communautés autochtones des provinces et territoires du Canada qui notent systématiquement l'origine ethnique**




de trois années (2000-2003) en Colombie-Britannique, en partenariat avec Santé Canada et la Société canadienne du sang, au cours de laquelle on a prélevé des échantillons de sang de 5 242 femmes autochtones enceintes. De ce nombre, 15 avaient un test positif pour le VIH, soit un taux de prévalence d'environ 30 pour 10 000. Ce taux est environ sept fois plus élevé qu'on ne l'attendrait de la population générale, puis-

que parmi toutes les femmes de C.-B. qui ont subi un dépistage prénatal en 2000, 2001 et 2002, le taux était de 4 pour 10 000[4].

## L'utilisation de drogues injectables reste un mode de transmission important dans la communauté autochtone.

Les utilisateurs de drogues injectables (UDI) constituent encore un important groupe à risque dans l'épidémie du VIH au Canada. Les données récentes confirment les tendances observées dans les données de surveillance, d'après lesquelles l'injection de drogues constitue un facteur de risque particulièrement important d'infection à VIH et de sida chez les Autochtones.

Comme le montre le tableau 1, il existe des écarts notables entre les Autochtones et les non-Autochtones atteints du sida ou infectés par le VIH en ce qui a trait à la catégorie d'exposition. Bien que la proportion attribuable à l'exposition hétérosexuelle[†] soit semblable, les Autochtones ont une proportion plus élevée de rapports attribués aux UDI et une proportion plus petite attribuée aux HRSH.

### Données de la surveillance du sida

Parmi les cas déclarés de sida dont on connaît la catégorie d'exposition, la proportion d'Autochtones qui ont contracté la maladie par l'injection de drogues a augmenté de façon spectaculaire au fil du temps, passant de 11 % avant 1993 à 34,9 % de 1993 à 1997 et à 52,7 % de 1998 à 2002. En 2003, 51,7 % des cas déclarés de sida chez les Autochtones étaient attribuables aux UDI.

- Parmi les 532 cas déclarés de sida chez des Autochtones entre 1979 et le 30 juin 2004, l'on comptait 398 hommes, 133 femmes et 1 cas transgenderiste. Les figures 3a et 3b montrent la distribution de ces cas par catégorie d'exposition. Comme il n'y a qu'un cas transgenderiste, il n'est pas indiqué.



**Tableau 1. Comparaison de certaines catégories d'exposition pour les cas déclarés de sida et les rapports de test positifs pour le VIH* entre les Autochtones et les non-Autochtones**

| | Autochtones | Non-Autochtones |
|---|---|---|
| | *n* = nombre de cas dont l'âge est connu | |
| **Sida (1979 – 30 juin 2004)** | ***n* = 512** | ***n* = 16 053** |
| UDI | 37,5 % | 6,6 % |
| HRSH | 34,4 % | 70,2 % |
| Exposition hétérosexuelle | 17,2 % | 14,7 % |
| **HIV (1998 – 30 juin 2004)** | ***n* = 979** | ***n* = 3 325** |
| UDI | 59,4 % | 27,5 % |
| HRSH | 6,9 % | 37,2 % |
| Exposition hétérosexuelle[†] | 29,8 % | 23,5 % |

UDI = utilisateurs de drogues par injection, HRSH = hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

*Les rapports de test positifs pour le VIH incluent les données des provinces et territoires qui notent systématiquement l'origine ethnique (C.-B., Yn, Alb., T. N.-O., Nt, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.).

[†] La catégorie « Exposition hétérosexuelle » englobe les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique, les personnes qui ont signalé des contacts hétérosexuels avec une personne infectée par le VIH ou qui présente un risque accru d'infection à VIH et les personnes qui ont signalé les contacts hétérosexuels comme seul facteur de risque.

**Figure 3a. Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les hommes autochtones (*n*=387), novembre 1979 – 30 juin 2004**

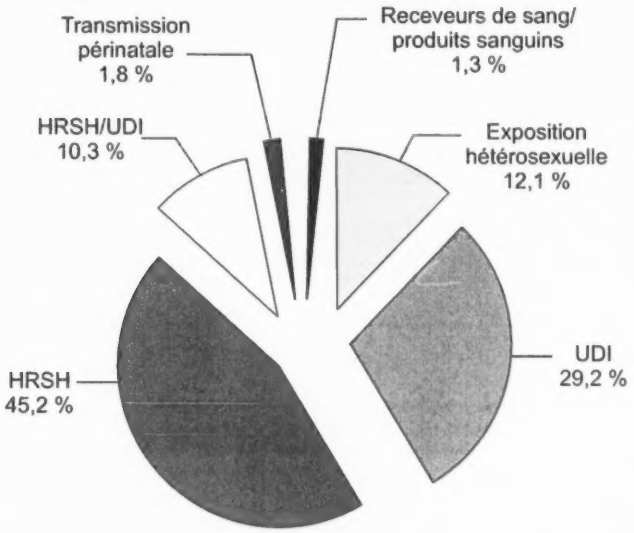
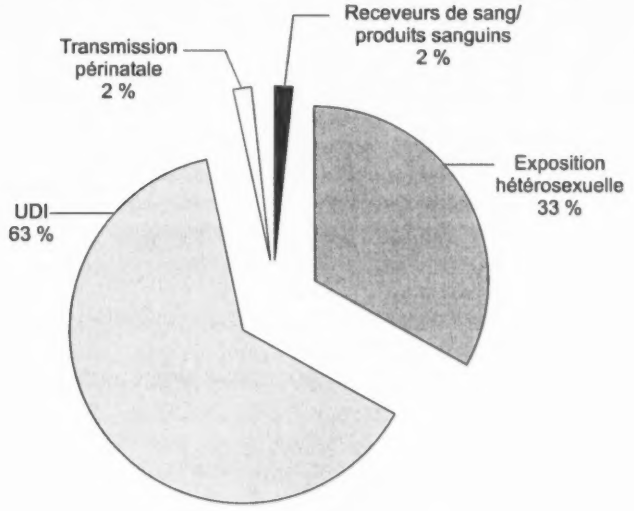



**Figure 3b. Distribution des catégories d'exposition parmi les cas déclarés de sida chez les femmes autochtones (*n*=124), novembre 1979 – 30 juin 2004**




9

## Données de la surveillance du VIH

- La surveillance des tests positifs pour le VIH entre 1998 et juin 2004 montre également que l'utilisation de drogues injectables constitue la principale voie de transmission chez les Autochtones. Parmi les rapports d'origine autochtone dont on connaissait la catégorie d'exposition, 59,4 % étaient associés à l'injection de drogues.
- Entre 1998 et le 30 juin 2004, l'on a dénombré 554 hommes, 453 femmes et trois personnes dont le sexe n'était pas indiqué, parmi les Autochtones qui ont subi un test positif pour le VIH. La figure 3c montre la distribution par catégorie d'exposition chez les hommes. Parmi les rapports qui concernent les femmes, (résumés à la figure 3d) 65,2 % des cas

**Figure 3c. Distribution des catégories d'exposition parmi les rapports de test positifs pour le VIH en ce concerne des hommes autochtones (*n*=537), janvier 1998 – 30 juin 2004**

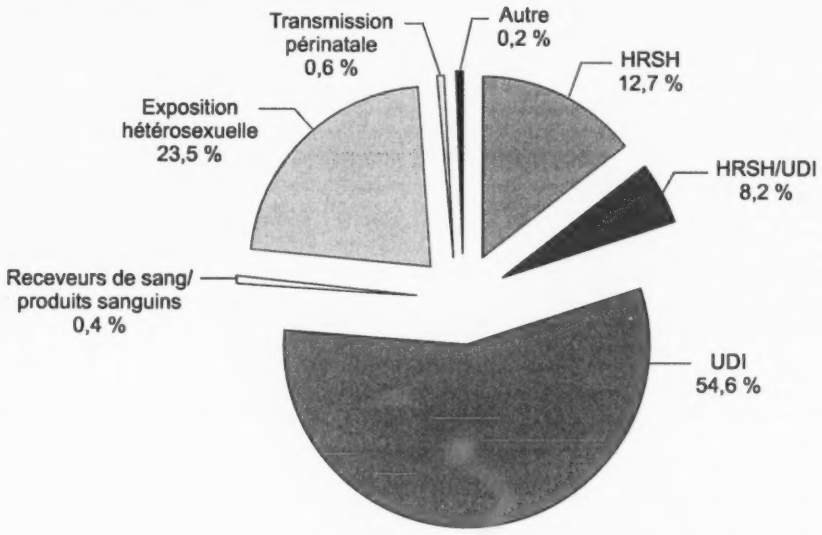
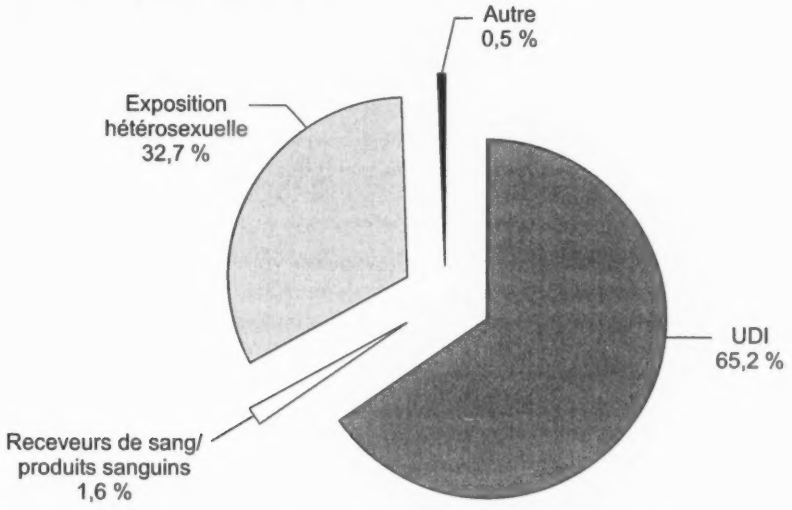



**Figure 3d. Distribution des catégories d'exposition parmi les rapports de test positifs pour le VIH en ce concerne des femmes autochtones (*n*=440), janvier 1998 – 30 juin 2004**






étaient attribués aux UDI et 32,7 % à une exposition hétérosexuelle; ces proportions sont semblables à celles des cas déclarés de sida.

### Données d'études ciblées

- Les Autochtones sont surreprésentés dans la population d'UDI et sont exposés à un risque encore plus élevé que les autres membres de cette population à haut risque.
- Dans le récent système de surveillance accrue des comportements à risque chez les UDI de Regina, Sudbury, Toronto et Victoria (I-Track), 347 des 1 062 participants s'identifiaient comme des Autoch-

tones. Parmi ceux-ci, 66 % venaient de Regina (229/347)[5].

Une étude faite en 2000 auprès des UDI de Regina a montré que parmi 255 participants, 90 % s'identifiaient comme des Autochtones[6].

Dans une étude du Programme d'échange de seringues de Calgary, la plupart des participants étaient de race blanche (75 %), mais les Autochtones constituaient le deuxième groupe ethnique en importance, soit 20 % de l'ensemble des participants[7].

La Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS) porte sur une cohorte ouverte d'UDI. Sur les 1 400 UDI recrutés entre mai 1996 et mai 2000, 25 % étaient des Autochtones, dont plus de la moitié étaient des femmes (54 % de femmes, 46 % d'hommes). En revanche, seulement 29 % des participants non autochtones étaient des femmes[8].

Dans une analyse ultérieure des données de l'étude VIDUS, les chercheurs ont constaté que l'origine autochtone était étroitement associée à la détection d'une nouvelle infection à VIH, tant chez les hommes que chez les femmes[9] et aussi parmi les participants à l'étude âgés de 24 ans ou moins[10].

L'étude VIDUS a fait état d'une séroconversion chez 19,1 % des participants autochtones, en comparaison de 9,6 % des non Autochtones, en décembre 2001[11]. Dans une publication de 2003, les enquêteurs ont conclu qu'à Vancouver, les UDI autochtones deviennent séropositifs à deux fois le taux des UDI non autochtones[12].

Des 910 HRSH qui ont fait l'objet d'une enquête à Vancouver entre 1995 et 2000, 106 (12 %) se sont injecté des drogues dans l'année précédente. Les HRSH/UDI étaient plus jeunes que les HRSH et plus nombreux à être des Autochtones, des personnes économiquement désavantagées, engagées dans le commerce du sexe pour de l'argent ou de la drogue et à indiquer qu'ils avaient des partenaires féminins[13].

## Le VIH/sida affecte de manière importante les femmes autochtones

- En contraste avec les cas de VIH et de sida dans la population non autochtone, les femmes autochtones forment une partie comparativement plus grande de l'épidémie du VIH chez les Autochtones. Le tableau 2 montre la distribution par sexe des rapports de test positifs pour le VIH et des cas déclarés de sida chez les Autochtones et les non Autochtones. Les femmes représentent près de la moitié (45 %) de tous les tests positifs pour le VIH chez les Autochtones, comparativement à 20 % chez les non-Autochtones.

### Données de la surveillance du sida

- Avant 1993, les femmes représentaient 11 % des cas déclarés de sida chez les Autochtones (11/100). Cette proportion est passée à 40 % en 2003 (12/30).

### Données de la surveillance du VIH

- Chez les Autochtones, la proportion de rapports de test positifs pour le VIH qui concernent des femmes a atteint un sommet de 52,7 % (87/165) en 1999. En 2003, les femmes représentaient 44,4 % des rapports (68/153).

### Données d'études ciblées

Les femmes enceintes infectées par le VIH risquent de transmettre le virus à leur enfant *in utero*. Les données de certains centres de l'Ouest du Canada ont montré qu'une forte proportion des femmes enceintes séropositives qui accouchent sont des Autochtones. Entre 1995 et 1997, dans tous les centres pédiatriques du Canada où des enfants et des mères infectées par le VIH ont été suivis, 19 % des femmes (49/259) étaient d'origine autochtone[14]. Entre 1996 et 1998, sur les 32 femmes infectées par le VIH qui ont accouché dans le nord de l'Alberta ou dans les Territoires du Nord-Ouest, 29 (91 %) étaient des Autochtones[15].

**Tableau 2. Comparaison entre les sexes des cas déclarés de sida et des rapports de test positifs pour le VIH* en ce qui concerne des Autochtones et des non Autochtones**

| | Autochtones | Non-Autochtones |
|---|---|---|
| | *n* = nombre de cas dont le sexe est connu | |
| **Sida (1979 – 30 juin 2004)** | ***n* = 532** | ***n* = 16,512** |
| Femmes | 25,0 % | 8,7 % |
| **VIH (1998 – 30 juin 2004)** | ***n* = 1,007** | ***n* = 3,458** |
| Femmes | 45,0 % | 19,5 % |

*Les données sur les rapports de test positifs pour le VIH proviennent des provinces et territoires qui signalent l'origine ethnique (C.-B., Yn, Alb., T.N.-O., NU, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.).

Malgré le nombre élevé de femmes autochtones qui fréquentent des cliniques du VIH et des centres pédiatriques, il est encourageant de constater que pendant la période 1995-1997, les femmes enceintes autochtones (62 %) étaient aussi nombreuses à recevoir un traitement antirétroviral que les femmes enceintes de race blanche (66 %) et celles de race noire (63 %)[16].

9

Dans une étude de 2001 sur le traitement antirétroviral dans une cohorte de femmes enceintes séropositives recrutées dans sept centres en Ontario, au Manitoba et en Saskatchewan, des chercheurs ont constaté que 20 % des femmes étaient d'origine autochtone. La proportion de femmes traitées tardivement aux antirétroviraux (au cours du troisième trimestre ou intrapartum) variait selon le groupe ethnique : c'était le cas de 38 % des femmes autochtones, de 27 % des femmes noires et de 9 % des femmes blanches[17].

Entre 1994 et 1999, 50 % des nourrissons qui ont contracté le VIH par une transmission périnatale en Colombie-Britannique étaient des Autochtones[18].

Entre 2000 et 2003, on a effectué en Colombie-Britannique une enquête anonyme non reliée pour mesurer la prévalence dans les cas de séropositivité des anticorps anti-VIH, anti-HTLV-1 chez des femmes autochtones enceintes. Parmi les 5 242 spécimens qui avaient des tests complétés, l'on a établi que 15 étaient positifs pour le VIH. Chez les femmes enceintes indiennes inscrites, l'on a observé une prévalence du VIH de 28,6 pour 10 000 femmes enceintes. Ce taux était nettement plus élevé que les taux observés dans des études antérieures effectuées dans la population générale de femmes enceintes en Colombie-Britannique (3 à 4 pour 10 000)[19]; cependant, la prévalence observée est inférieure à celle des femmes des Premières nations des groupes à haut risque, pour ce qui est des infections à VIH[20].

## Les Autochtones sont infectés par le VIH plus tôt dans la vie que les non-Autochtones

Le VIH/sida est un problème qui préoccupe de plus en plus chez les jeunes Autochtones. La compréhension de l'épidémie au sein de ce groupe aidera à déterminer des stratégies d'intervention appropriées. La prudence est cependant de mise lorsque l'on examine les proportions par groupe d'âge, car un seul nouveau cas peut les faire varier considérablement, particulièrement lorsque les nombres totaux sont peu élevés, comme c'est le cas chez les jeunes (moins de 30 ans).

Comme le montre le tableau 3, parmi les nouveaux rapports de test positifs pour le VIH et de diagnostics de sida déclarés, les cas sont plus jeunes chez les Autochtones que chez les non Autochtones.

**Tableau 3. Comparaison de l'âge au moment du diagnostic des cas de sida déclarés et des tests positifs pour le VIH*, chez les Autochtones et les non Autochtones**

| | Autochtones | non-Autochtones |
|---|---|---|
| | *n* = nombre de cas dont l'âge est connu | |
| **Sida (1979 – 30 juin 2004)** | ***n* = 532** | ***n* = 16 525** |
| < 20 ans | 1,9 % | 1,5 % |
| 20-29 ans | 20,7 % | 15,0 % |
| 30-39 ans | 47,9 % | 43,9 % |
| 40-49 ans | 22,7 % | 28,1 % |
| 50 ans et plus | 6,8 % | 11,5 % |
| **VIH (1998 – 30 juin 2004)** | ***n* = 1 009** | ***n* = 2 849** |
| < 20 ans | 4,6 % | 1,5 % |
| 20-29 ans | 26,5 % | 19,8 % |
| 30-39 ans | 39,4 % | 38,3 % |
| 40-49 ans | 23,5 % | 26,7 % |
| 50 ans et plus | 6,0 % | 13,6 % |

*Les données sur les rapports de test positifs pour le VIH proviennent des provinces et territoires qui signalent l'origine ethnique (C.-B., Yn, Alb., T. N.-O., NU, Sask., Man., N.-B., N.-É., Î.-P.-É., T.-N.-L.).



### Données de la surveillance du sida

Avant 1993, 40 % (40/100) des cas de sida d'origine autochtone concernaient des jeunes (moins de 30 ans), alors qu'en 2003, les jeunes représentaient 10 % (3/30) des cas.

Les HRSH et les UDI représentent chacun environ un tiers des cas déclarés de sida parmi les jeunes autochtones. Les HRSH forment le groupe le plus important, avec 33,9 % (40/118) et ils sont suivis de près par les UDI, avec 30,5 % (36/118). Les données prises ici en compte vont de 1979 au 30 juin 2004.

### Donnes de la surveillance du VIH

Il y a eu une légère diminution de la proportion des tests positifs pour le VIH parmi les membres de ce groupe d'âge. En 1998, chez les Autochtones, les jeunes formaient 34,5 % (41/119) des rapports de test positifs pour le VIH, ce qui contraste avec les 30 % (46/153) de rapports de test positifs en 2003.

Il faut noter que les UDI forment près de 58 % (177/305) des rapports de test positifs pour le VIH, suivis par la catégorie d'exposition hétérosexuelle à 27,1 % (93/305) et les HRSH à 8,5 % (26/305). Les données prises ici en compte vont de 1998 au 30 juin 2004.

### Données d'études ciblées

Une étude des facteurs de risque chez 232 jeunes (moins de 25 ans) de Vancouver qui s'injectent de la drogue a permis de démontrer que 9 des 16 nouveaux cas (56 %) concernaient des Autochtones[11].

## Données de la surveillance du VIH/sida dans trois collectivités autochtones du Canada

Le nombre de tests positifs pour le VIH et de cas déclarés de sida dans les collectivités autochtones peut paraître peu élevé par rapport aux collectivités non autochtones. Cependant, il faut considérer le problème à

**Tableau 4. Cas déclarés de sida dans les collectivités autochtones du Canada, répartis selon le sexe, l'âge et la catégorie d'exposition, entre 1979 et le 30 juin 2004**

| | Premières nations | Inuit | Métis | Autochtones d'origine non précisée |
|---|---|---|---|---|
| | *n* = nombre de cas pour lesquels l'information est disponible | | | |
| **Sexe** | ***n* = 389** | ***n* = 23** | ***n* = 39** | ***n* = 81** |
| Femmes | 26,5 % | 43,5 % | 7,7 % | 21,0 % |
| **Âge (ans)** | ***n* = 389** | ***n* = 23** | ***n* = 39** | ***n* = 81** |
| 20-29 ans | 20,3 % | 30,4 % | 33,7 % | 13,6 % |
| 30-39 ans | 48,1 % | 52,2 % | 38,5 % | 50,6 % |
| 40-49 ans | 22,1 % | 13,0 % | 23,1 % | 28,4 % |
| **Catégorie d'exposition** | ***n* = 372** | ***n* = 23** | ***n* = 38** | ***n* = 79** |
| HRSH | 31,2 % | 26,1 % | 52,6 % | 43,0 % |
| UDI | 41,9 % | 30,4 % | 28,9 % | 22,8 % |
| Exposition hétérosexuelle | 15,6 % | 34,8 % | 10,5 % | 22,8 % |

l'échelle individuelle et comprendre que chaque nouveau cas diagnostiqué a un effet important sur la collectivité autochtone touchée. La prudence est de mise lorsque l'on examine les proportions dans une collectivité, car un seul nouveau cas peut les faire varier considérablement, particulièrement lorsque les nombres totaux sont peu élevés.

## Données de la surveillance du sida

Selon le recensement de 2001, la population autochtone du Canada se divise comme suit : 62 % sont des membres des Premières nations, 30 % sont des Métis, 5 % sont des Inuit et 3 % ont une origine mixte[2]. Parmi les 532 cas déclarés de sida chez les Autochtones au 30 juin 2004, 73,1 % (389) étaient des membres des Premières nations, 7,3 % (39) étaient des Métis, 4,3 % (23) étaient des Inuit et 15,2 % (81) relevaient de la catégorie « Autochtones d'origine non précisée ».

Les données sur les cas déclarés de sida qui concernent les UDI, les femmes et les jeunes de collectivités autochtones déterminées, ainsi que les Autochtones d'origine non précisée sont résumées ci-après. Le tableau 4 présente de plus amples détails en ce qui concerne le sexe et certaines catégories d'âge et d'exposition.

**Premières nations.** Les données sur les cas déclarés de sida chez les Premières nations montrent que 41,9 % des cas sont associés à l'injection de drogues (156/389). Les femmes représentent 26,5 % (103/389) des cas et les jeunes (moins de 30 ans) 22,1 % (86/389) de tous les cas chez les Premières nations.

**Métis.** Dans la communauté des Métis, 28,9 % (11/39) de tous les cas déclarés de sida sont attribuables aux UDI. Peu de cas sont ceux de femmes (3/39 ou 7,7 %). Il faut noter que près de 35,9 % (14/39) des cas déclarés de sida chez les Métis concernent des personnes de moins de 30 ans.

**Inuit.** La catégorie d'exposition des UDI représente environ le tiers des cas déclarés de sida chez les Inuit, avec 30,4 % (7/23). Une proportion notable de cas sont des femmes (10/23 ou 43,5 %), tandis que les

**Tableau 5. Distribution par catégorie d'exposition des infections actuelles et nouvelles à VIH estimées chez les Autochtones du Canada en 2002**

| Catégorie d'exposition | Infections existantes (*n* = 3 000-4 000) | Nouvelles infections (*n* = 250-450) |
|---|---|---|
| UDI | 57 % | 63 % |
| Exposition hétérosexuelle | 17 % | 18 % |
| HRSH | 20 % | 12 % |
| HRSH/UDI | 5 % | 7 % |

jeunes (moins de 30 ans) constituent 30,4 % (7/23) des cas.

**Autochtones d'origine non précisée.** Les UDI représentent 22,8 % (8/81) des cas dont la collectivité autochtone est inconnue. Les femmes représentent un peu plus de 21 % des cas (17/81) et les jeunes (moins de 30 ans) 16,1 % des cas (13/81) dans ce groupe.

## Proportion croissante d'Autochtones dans les infections actuelles et nouvelles à VIH estimées au niveau national

Les données de la surveillance nationale du VIH ne portent que sur les personnes qui subissent un test de dépistage du VIH, celles dont l'infection à VIH est diagnostiquée et celles dont les résultats des tests sont transmis à Santé Canada. Par conséquent, les données de la surveillance ne reflètent pas toute l'ampleur de l'épidémie. Cependant, l'on a effectué des calculs en combinant ces données avec d'autres sources d'information pour estimer le nombre de personnes qui vit avec le VIH (prévalence) et le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH (incidence).

- L'on estime que de 250 à 450 Autochtones ont été nouvellement infectés par le VIH en 2002, en regard de 370 en 1999. Ces données correspondent à environ 6 % à 12 % du nombre total des nouveaux cas d'infection au Canada en 2002, en comparaison de 9 % en 1999[21].

- L'on a également estimé que de 3 000 à 4 000 Autochtones vivaient avec le VIH (en incluant les cas de sida) au Canada en 2002, soit 5 % à 8 % de tous les cas d'infection à VIH existants. Il s'agit d'une augmentation par rapport à l'estimation de 1999 de 2 500 à 3 000, environ 6 % du nombre total de cas[20]. Ces proportions sont notables, car elles s'écartent considérablement du pourcentage de la population canadienne d'origine autochtone (3,3 p. 100)[2].

- L'utilisation de drogues injectables est le principal facteur de risque d'infection à VIH chez les populations autochtones. Le tableau 5 montre la distribution estimée par catégorie d'exposition des infections actuelles et nouvelles à VIH chez les Autochtones en 2002. Les observations de 2002 sont identiques à celles de 1999[21].

- Il faut noter que la proportion *estimée* de nouvelles infections à VIH causées par l'utilisation de drogues injectables chez les Autochtones (63 %) est beaucoup plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne (30 %)[21], ce qui renforce l'observation faite plus tôt que l'utilisation de drogues injectables est un important mode de transmission du VIH dans la collectivité autochtone.

## Commentaires

Les données de la surveillance du VIH et du sida sont incomplètes pour plusieurs raisons. La principale vient de ce que les données actuelles de la surveillance fournissent des renseignements incomplets sur l'origine ethnique. Depuis 1982, 14 % de tous les cas de sida déclarés ne comportent pas de

renseignements sur l'origine ethnique. Ce n'est que depuis 1998 que l'on dispose de ces données avec les rapports de test positifs pour le VIH. En outre, 69,8 % des tests positifs pour le VIH recensés entre 1998 et le 30 juin 2003 manquaient de renseignements sur l'origine ethnique. Au nombre des autres raisons figurent les variations interprovinciales dans la déclaration de l'origine ethnique, les erreurs de classification du groupe ethnique et les retards dans la déclaration. Le nombre de tests positifs pour le VIH et de cas déclarés de sida chez les Autochtones ne tient compte que des personnes infectées qui se sont soumises à un test de dépistage ou qui ont reçu un diagnostic de sida et dont le cas a été déclaré à Santé Canada. Les données du présent rapport ne représentent donc pas le nombre total d'Autochtones qui sont infectés par le VIH ou qui ont reçu un diagnostic de sida.

Malgré ces limites, les données disponibles portent à croire que l'épidémie du VIH chez les Autochtones ne montre aucun signe de ralentissement. L'utilisation de drogues injectables est le principal mode de transmission chez les Autochtones. Les femmes autochtones représentent une proportion importante des personnes touchées par l'épidémie du VIH dans leur collectivité et les Autochtones sont infectés plus tôt dans la vie que les non Autochtones. Ces constatations soulignent les caractéristiques particulières de l'épidémie du VIH chez les Autochtones, ainsi que la complexité de cette épidémie au Canada. De meilleures données sur l'épidémiologie du VIH/sida et le dépistage du VIH chez les Autochtones du Canada sont nécessaires pour orienter les stratégies de prévention et de lutte contre l'infection. De plus, il est essentiel de faire de nouvelles recherches pour améliorer notre compréhension des effets particuliers du VIH sur les Autochtones.



## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Déclaration de l'origine ethnique des cas de sida et d'infection à VIH au Canada : les communautés autochtones et noires requièrent plus d'attention, Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida,* Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005

2. Statistique Canada. *Population selon le groupe autochtone, Recensement de 2001, provinces et territoires*. URL : <www.statcan.ca/english/Pgdb/popula.htm#ori>.

3. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004. URL : <www.phac-aspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac0604/index.html>.

4. Majumdar B, Chambers TL, Roberts J. *Community-based, culturally sensitive HIV/AIDS Education for Aboriginal Adolescents: Implications for Nursing Practice.* J Transcultural Nurs 2004;15(1):69-73.

5. Agence de santé publique du Canada. *I-Track-Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005 (données non publiées).

6. Findlater R, Young BH et coll. *The Regina Seroprevalence Study: a profile of injection drug use in a prairie city, 2000*. Rapport non publié. Disponible par l'entremise de la 'Division de la surveillance et ce l'évaluation des risques, Santé Canada.

7. Guenter CD, Fonseca K, Nielsen DM et coll. *HIV prevalence remains low among Calgary's needle exchange program participants.* Can J Public Health 2000;(91)2:129-32.

8. Tyndall MW, Craib KJP, Currie S et coll. *Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users.* J Acquire Immune Defic Syndr 2001;(28)4:351-7.

9. Spittal PM, Craib KJP, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2002;166:894-9.

10. Miller CL, Tyndall M, Spittal P et coll. *HIV incidence and associated risk factors among young injection drug users.* AIDS 2002; (16)3:491-3.

11. Craib KIP, Spittal PM, Li K et coll. *Comparison of HIV incidence rates among aboriginal and non-aboriginal participants in a cohort of injection drug users in Vancouver.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):48A(Résumé 315).

12. Craib KJP, Spittal PM, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2003;168:19-24.

13. O'Connell J, Lampinen TM, Weber AE, Chan K, Miller ML, Schechter MT, Hogg RS. *Sexual Risk Profile of Young Men in Vancouver, British Columbia, who have sex with Men and Inject Drugs.* AIDS and Behavior 2004;8(1).

14. Forbes JC, Burdge DR, Money D. *Pregnancy outcome in HIV infected women in British Columbia: the impact of antiretroviral therapy on maternal-infant HIV transmission.* Can J Infect Dis 1997;8:31A(Résumé 235).

15. Birse E, Shokoples S, Houston S. *Demographic and clinical features of Aboriginal and non-Aboriginal patients with HIV infection in Northern Alberta.* Can J Infect Dis 1999; 10(Suppl B):66B(Résumé C387P).

16. Lapointe N, Forbes J, Singer J et coll. *Antiretroviral therapy in pregnant women in Canada: access and outcome 1995-97.* Can J Infect Dis 1998;9(Suppl A):70A(Résumé 449P).

17. King SM and the Motherisk-HIV Network Members. *Antiretroviral therapy (ART) in a cohort of HIV-positive pregnant women in Canada.* Can J Infect Dis 2001;12(Suppl B): 26B(Résumé 203).

18. Ogilvie G, Money D, Forbes J et coll. *Perinatal infection in Aboriginal maternal infant pairs (MIP) in British Columbia.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):50A(Résumé 321).

19. Agence de santé publique du Canada. Répertoire des études sur l'incidence et la prévalence du VIH au Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

20. Jin A. (Final Cumulative Progress Report: Jul 1, 2000 to September 14, 2003, Anonymous unlinked seroprevlaence survey of Human Immunodeficiency Virus and Human T-lymphotropic Viruses Type I and II among pregnant Status Indian women in British Columbia, January 23, 2004).

21. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* CCDR 2003;29:197-206.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

9

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

9

Cette page blanche a été laissée intentionnellement.

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Les infections au VIH chez les HRSH au Canada

## *Points saillants*

- **Au Canada, les HRSH représentent 77 % des cas cumulatifs de sida déclarés chez les hommes adultes.**
- **Depuis que le dépistage a commencé en 1985, 69,6 % des rapports de test positifs pour le VIH en ce qui concerne des hommes adultes portent sur desHRSH.**
- **L'on a estimé qu'en 2002, 40 % des nouveaux cas d'infection à VIH au Canada étaient associés aux HRSH.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Au Canada, l'épidémie d'infection à VIH/sida a affecté de façon très importante les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Bien que l'ampleur de l'épidémie ne les touche plus autant qu'au cours de la première moitié des années 80, ce groupe compte toujours le plus grand nombre de cas déclarés d'infection à VIH et de sida. Des données récentes sur l'incidence du VIH et les comportements à risque indiquent que les HRSH continuent d'être exposés à l'infection à VIH et à d'autres infections transmises sexuellement (ITS). Le présent rapport fait le point sur la situation du VIH et du sida parmi les HRSH du Canada.

## Données de la surveillance du sida

- Au 30 juin 2004, le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) faisait état d'un total cumulatif de 19 468 cas de sida. Parmi les 17 585 cas de sida chez les hommes adultes, 77 % étaient attribués aux HRSH et 4,7 % de plus aux HRSH qui déclaraient également utiliser des drogues injectables (HRSH/UDI)[1].
- Il y a eu une diminution régulière de la proportion des cas de sida attribués aux HRSH chez les hommes adultes, parmi ceux signalés au CPCMI de 1979 et 1999, qui est passée de 79,3 % avant 1999 à 55,4 % en 1999. En 2000, cette proportion a atteint 57,8 % et elle est demeurée assez stable jusqu'en 2002, pour se réduire à 46,5 % en 2003[1].
- La proportion des cas de sida déclarés chez les hommes adultes attribués aux HRSH/UDI est demeurée relativement stable, variant entre 2,2 % et 6,2 % au cours des cinq dernières années[1].

10

## Données de la surveillance du VIH

Alors que les données sur le sida nous renseignent sur les infections à VIH contractées il y a environ 10 années, les données sur le VIH brossent un tableau des infections plus récentes.

- Le CPCMI collige et condense à l'échelle nationale les rapports de test positifs pour le VIH communiqués par chaque province et territoire. Ces rapports révèlent qu'avant 1999, 74,2 % des rapports de test positifs chez les adultes de sexe masculin concernaient les HRSH. Cette proportion a ensuite diminué jusqu'à environ 48 % en 1999. Elle est passée à 54 % en 2000 et s'est située entre 48 % et 54 % en 2001-2003[1]. L'on note une tendance semblable dans le nombre absolu de rapports de test positifs attribués aux HRSH chez les hommes adultes. L'accroissement du nombre et de la proportion d'HRSH auxquels sont attribués des rapports de test positifs chez les adultes de sexe masculin en 2000 était la première augmentation observée depuis les années 80.

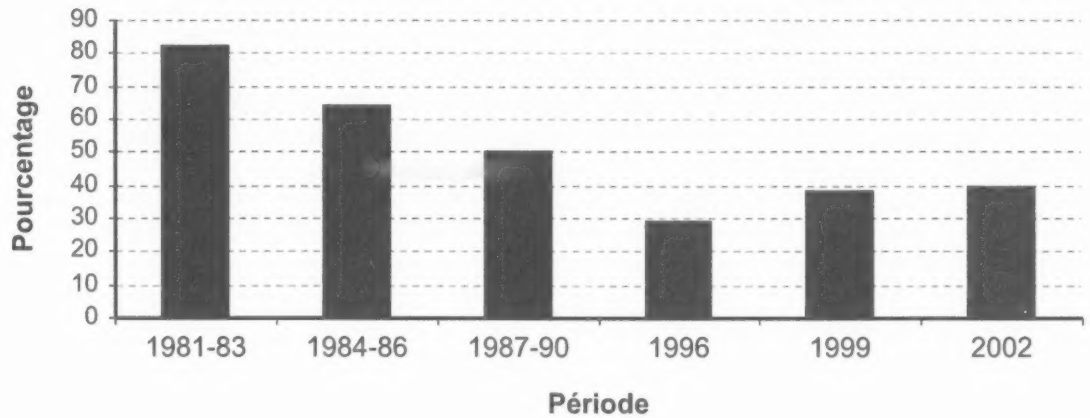
## Les HRSH continuent de représenter le plus grand nombre d'infections à VIH actuelles et nouvelles

Les estimations nationales de 2002 qui concernent la prévalence (nombre de personnes qui vivent avec le VIH) et l'incidence (nombre de personnes nouvellement infectées au cours d'une année) révèlent que les HRSH demeurent le groupe le plus touché. À la fin de 2002, quelque 56 000 (46 000 à 66 000) Canadiennes et Canadiens vivaient avec le VIH (ce qui inclut ceux qui étaient atteints du sida). De ce nombre, 58 % ou 32 500 étaient des HRSH. En 2002, l'augmentation absolue la plus marquée des infections actuelles s'observait dans la catégorie d'exposition des HRSH qui en comptait 2 900 de plus qu'en 1999 (augmentation relative de 10 %). La catégorie d'exposition combinée des HRSH et des UDI (HRSH/UDI) réunissait 4 % des infections actuelles en 2002[2].

En 2002, les HRSH représentaient 40 % du total estimé des 2 800 à 5 200 nouvelles infections à VIH au Canada ou environ de 1 000 à 2 000 nouvelles infections à VIH, ce qui représente une légère hausse par rapport à l'estimation de 38 % en 1999 (figure 1)[2].



**Figure 1. Distribution (%) par période des nouvelles infections à VIH chez les HRSH**



## Taux élevés des nouvelles infections à VIH dans certaines parties du Canada

- À la fin des années 1990, les données qui proviennent de l'Ontario indiquaient une augmentation du taux d'incidence de l'infection à VIH chez les HRSH habitués des tests de dépistage, qui est passé de 0,75 infection pour 100 personnes-années (PA) en 1996 à 1,13 pour 100 PA en 1999[3]. La densité de l'incidence s'est réduite à 0,87 pour 100 PA en 2000 mais a atteint 1,50 % PA en 2002, avec pour résultat une tendance globale à la hausse dans la période 1996-2002[3]. Dans toute cette période, la densité de l'incidence était plus élevée chez les HRSH à Toronto (2,54/100 PA) et à Ottawa (2,45/100 AP), par comparaison avec les autres régions de l'Ontario. Avec l'utilisation d'une nouvelle technique de laboratoire pour cerner les infections récentes parmi les nouveaux cas d'infection à VIH (test STARHS) diagnostiqués entre 1999 et 2002, l'incidence du VIH était mesurée parmi les personnes qui se présentaient pour un dépistage du VIH. L'incidence chez les HRSH de Toronto est passée de 4,3 pour 100 PA en 1999 à 2,8 pour 100 PA en 2001 et elle est demeurée assez stable jusqu'en 2002. En revanche, l'incidence chez les HRSH d'Ottawa a semblé augmenter, passant de moins de 0,1 pour 100 PA en 1999 à 3,5 pour 100 PA pendant la première moitié de 2001, et retombant à environ 1,8 pour 100 PA en 2002[4]. La Ontario Laboratory Enhancement Study (LES), qui a utilisé le test STARHS, a également montré que l'incidence du VIH (pour 100 PA) pendant une période de trois années était de 2,2 chez les HRSH et de 2,4 chez les HRSH/UDI[5].

- En Ontario, les résultats du test STARHS ont servi à modéliser des estimations d'incidence et de prévalence du VIH et ils ont montré que les HRSH représentent 61 % des 23 563 infections à VIH actuelles estimées en Ontario et que la prévalence du VIH en Ontario chez les HRSH est évaluée à 14,4 % (Toronto 19 %, Ottawa 18 % et les autres régions 8 %)[6]. En 2003, on a trouvé que la densité de la prévalence rajustée basée sur un test désaccordé était de 0,85/ 100 PA en Ontario et qu'elle était plus élevée à Ottawa (1,41/ 100 AP), suivi par Toronto (1,05/ 100 PA) et ensuite par le reste de l'Ontario (0,59/ 100 PA)[6].

- Le Ontario Men's Survey a été réalisée entre janvier et juin 2002 dans 13 régions de la province, pour effectuer une étude complète transversale socio-comportementale et de prévalence du VIH parmi 5 080 hommes homosexuels et bisexuels qui se sont identifiés comme tels en Ontario[7]. En excluant les hommes qui n'ont jamais indiqué avoir eu des rapports sexuels avec un autre homme ou qui n'ont pas donné d'échantillon de salive ou dont les résultats de laboratoire n'étaient pas concluants, 9,4 % avaient un test positif pour le VIH, la prévalence était de 12,7 % à Toronto, de 4,9 % à Ottawa, de 7,7 % dans le sud de l'Ontario et de 3,7 % dans le nord de l'Ontario[7].

- Au Québec, la cohorte Oméga fournit des renseignements sur l'incidence et les déterminants socio-psychologiques de l'infection à VIH chez les HRSH qui habitent Montréal. Entre octobre 1996 et juin 2003, le taux général d'incidence était de 0,62 pour 100 PA. Elle s'est accrue de façon non significative de 0,43 à 0,83 pour 100 PA au cours des trois dernières années[8]. Les résultats de la cohorte Oméga ont montré que la prévalence du VIH variait avec l'âge, passant d'un taux de 0 % chez les HRSH de moins de 20 ans à 3,1 % chez ceux de 40 à 44 ans, pour se réduire à 0,4 % chez ceux de 45 ans et plus; cependant, cette tendance n'était pas statistiquement significative[9].

- En Colombie-Britannique, les résultats de la recherche Vanguard, une cohorte prospective de jeunes hommes homosexuels et bisexuels de Vancouver, montrent que le taux annuel d'incidence de l'infection à VIH parmi ceux qui n'avaient jamais fait usage de drogues injectables est passé de 0,2-1,0 pour 100 PA entre 1996 et 1999 à 2

pour 100 PA en 2000 et à 2,5 pour 100 PA au cours des neuf premiers mois de 2001[10].

- En ce qui a trait à la séroprévalence, les données (auto-déclarées ou vérifiées) des enquêtes directes auprès des HRSH révèlent un taux très élevé avant 1990, de 23 % à 32 % à Vancouver[11,12], de 27 % à 57 % à Toronto[11,13], de 20 % à 25 % à Montréal[11,14] et entre 10 % et 20 % dans d'autres régions du Canada[10]. Entre 1998 et 2000, il semble s'être produit une diminution du taux de prévalence parmi les HRSH étudiés par des méthodes semblables : 16 % à Vancouver[15,16] et 10 % à 16 % à Montréal[17,18]. Une enquête effectuée en Colombie-Britannique en 2002 a révélé une prévalence globale de 12,9 % avec une plus forte proportion d'hommes séropositifs pour le VIH qui résident à Vancouver[19]. Toutefois, l'on observe encore un taux élevé de prévalence parmi les HRSH/UDI, par exemple de 14 % à 22 % de ceux qui participent aux programmes d'échange de seringues du Québec (1995-2000)[20,21].

## Persistance des comportements à risque chez les HRSH



Des données récentes sur les comportements à risque donnent à penser que les HRSH continuent de courir un risque considérable d'infection à VIH et d'autres ITS en ayant des relations sexuelles anales sans protection (RANP) (passives ou actives) avec des partenaires habituels ou occasionnels ou en ayant des rapports sexuels sans protection (oraux ou anaux) avec un partenaire séropositif.

- L'on estime qu'environ 15 % des HRSH de Montréal sont présentement infectés par le VIH. Les résultats de l'étude de la cohorte Oméga de Montréal indiquent que 12 % des HRSH ont des relations anales non protégées (RANP) avec des partenaires occasionnels. Cela pourrait entraîner une augmentation importante du risque de nouvelles infections à VIH[22]. Entre 1997 et 2002, les relations anales à risque (RAR) ont augmenté légèrement, passant de 16 % à 19 %, et les RANP ont aussi augmenté légèrement, passant de 34 % à 39 %. Il faut surveiller de près les hausses de comportements à risque, même si elles sont faibles, et apprendre à mieux les comprendre afin de pouvoir déterminer leur effet possible sur l'incidence de l'infection à VIH[8].

- Dans une autre étude qui a eu lieu à Montréal, la prévalence des RANP était de 12 % parmi les HRSH recrutés dans les bars et les saunas, mais atteignait 21 % à 24 % chez les HRSH séropositifs[17]. Une étude effectuée à Montréal sur les comportements sexuels à risque des HRSH séropositifs pour le VIH a révélé que 15 % d'entre eux avaient eu des relations sexuelles anales actives sans protection avec un partenaire séronégatif ou un partenaire dont l'état sérologique était inconnu[18]. Dans une autre étude des perceptions du traitement du VIH sur les comportements sexuels à risque, on a recruté à Montréal 346 HRSH séropositifs et 34 % des participants ont indiqué au moins un cas de RANP dans les six mois précédents[23].

- En ce qui a trait au retour à des comportements à risque, les données disponibles indiquent que 10 % des membres de la cohorte de Montréal et entre 26 % et 30 % de ceux de la cohorte de Vancouver, qui déclaraient avoir des pratiques sexuelles sans risque au départ, ont admis avoir eu des RANP lors du suivi effectué de 6 à 12 mois plus tard[24,25].

- Une enquête effectuée en 2002 auprès des HRSH de la C.-B. a révélé que la majorité des participants déclaraient généralement des pratiques sexuelles sans risque (73,4 %). Cependant, ceux qui avaient de multiples partenaires déclaraient une augmentation de 25 % de RANP, le taux ayant passé de 18,8 % en 2000 à 23,5 % en 2002. L'enquête a également révélé qu'au moins 27 % des participants avaient eu des relations sans protection l'année pré-

cédente, avec un partenaire dont l'état sérologique était inconnu[19].

- Dans une autre étude réalisée à Vancouver parmi 131 hommes homosexuels recrutés dans une étude sur la dysplasie anale, parmi ceux qui ont mentionné des relations anales l'année précédente, 55 % ont signalé des RANP et 19,8 % des RANP avec un partenaire dont l'état sérologique était inconnu ou différent[26].

- Entre mai 1995 et septembre 2001, les hommes de 15 à 35 ans qui participaient à une étude de cohorte d'HRSH dans l'agglomération urbaine de Vancouver ont fait état d'un nombre croissant de RANP actives (risque relatif : 3,5) et passives (risque relatif : 5,1) avec un partenaire séropositif; cette augmentation des RANP était associée à une séroconversion[27]. Dans la même étude, au cours de la période de septembre 2001 à décembre 2003, l'on a observé que la majorité des séroconversions se produisaient dans la petite minorité (15 %) de ceux qui mentionnaient des RANP passives sérodiscordantes[28].

- L'étude Polaris, une cohorte ouverte de HRSH en Ontario, a examiné l'association entre des événements relationnels stressants (ERS) et le comportent à risque d'infection à VIH et trouvé que ceux qui avaient connu un ERS étaient plus enclins à s'engager dans des RANP avec un partenaire habituel (odds-ratio (OR)) = 3,1. P = 0,002)[29]. Dans l'étude Polaris, on a effectué entre 1998 et 2001 une analyse d'un sous-échantillon de 183 hommes pour déterminer les facteurs de risque d'une infection récente à VIH; des relations anales réceptives sans condom (OR = 4,4, P = 0,01) et l'application retardée de condoms (OR = 5,8, P= 0,01) étaient associées avec une récente séroconversion[30].

- Dans le Ontario Men's Survey, près de 40 % des participants ont mentionné au moins un cas de relations sexuelles anales non protégées avec un autre homme dans l'année précédente, alors que près de 35 % des participants ont indiqué qu'ils n'ont jamais eu de relations anales actives non protégées[7]. Parmi les participants à l'étude, 57,1 % ont mentionné des relations sexuelles avec au moins un partenaire occasionnel et 16 % d'entre eux ont indiqué au moins un cas de relations sexuelles anales passives non protégées, avec un partenaire occasionnel dans les trois mois précédents[7]. Dans la même étude, on a observé qu'il y avait des différences entre les hommes qui se font payer pour avoir des relations sexuelles et ceux qui ne le font pas. Les hommes du dernier groupe étaient plus portés à être séropositifs, ont un passé de gonorrhée et ont utilisé du cannabis, des tranquillisants ou de la cocaïne l'année précédente[31].

- Les données de la cohorte de Montréal et de celle de Vancouver ont été combinées et analysées pour comparer les comportements sexuels des hommes bisexuels et homosexuels, séropositifs ou non, qui avaient de 16 à 30 ans. Les résultats montrent que 56 % des sujets séropositifs et 40 % des sujets séronégatifs déclaraient avoir eu des RANP passives au cours des six derniers mois ou de la dernière année[32]. Plus récemment, le comportement à haut risque chez les HRSH dans les deux villes a été associé à l'inhalation de nitrite de pentyle et aux rapports sexuels dans des endroits publics et commerciaux. Au nombre des déterminants indépendants de la prise de risque chez les hommes dans les deux villes figurait l'utilisation de nitrite de pentyle (Vancouver : odds-ratio (OR) : 2,1; Montréal : OR : 2,9) et des relations sexuelles dans des bains publics (Vancouver : OR : 1,9; Montréal : OR: 1,8). À Vancouver, les relations sexuelles dans un bar (OR : 1,8) et le fait d'avoir eu au moins 20 partenaires occasionnels au cours de l'année précédente (OR : 1,7) étaient associés à des rapports sexuels à haut risque. Dans le cas des hommes de Montréal, le fait d'avoir eu un partenaire occasionnel (OR : 3,0) et au moins deux partenaires habituels au cours

de l'année précédente (OR : 3,0) était corrélé de façon indépendante au comportement sexuel à risque élevé[33].

- Les résultats de l'étude d'une cohorte d'HRSH de 15 à 35 ans qui participaient au projet Vanguard de Vancouver ont montré que la proportion d'HRSH qui déclaraient des RANP actives avec des partenaires occasionnels avait augmenté considérablement, passant de 17 % en 1997-1998 à 22 % en 2001-2002, et que la proportion de ceux qui déclaraient des RANP passives était passée de 11 % à 16 % au cours de la même période[34]. L'on a observé une augmentation des RANP tant actives que passives avec un partenaire habituel, mais elle n'était pas statistiquement significative. Cependant, il n'y a eu aucun changement notable dans le taux de séroconversion pour le VIH au cours de cette période (1997-2002). Cette étude a également montré que la plupart des HRSH qui avaient des RANP déclaraient les avoir avec des partenaires séroconcordants, quoique 12 % aient déclaré des RANP passives avec des partenaires séroconcordants[34]. Dans le cadre de cette même étude, on a observé une importante augmentation de la proportion d'HRSH qui déclaraient avoir utilisé de la métamphétamine, de l'ecstasie et de la marijuana; la prise de nitrite de pentyle, de marijuana, d'hallucinogènes, de métamphétamine et d'ecstasie s'est avérée associée à des RANP passives avec des partenaires occasionnels[35]. Dans une étude de cohorte effectuée entre 1997 et 2002 chez des HRSH de Vancouver, on a évalué l'association entre les RANP et l'usage général ou ponctuel[36]. L'on a trouvé que la mesure du type d'usage de drogues, le type de partenaire (habituel ou occasionnel) et le rôle des relations sexuelles (active ou passive) étaient des déterminants importants de l'association entre les RANPP et l'usage de drogues spécifiques, et que la métamphétamine était associée spécifiquement aux RANP avec des partenaires occasionnels[36]. Dans la cohorte recrutée entre mai 1995 et septembre 2000 à Vancouver, 12 % des 910 HRSH qui ont fait l'objet de l'enquête ont mentionné l'injection de drogues l'année précédente, les HRSH/UDI ont indiqué davantage de partenaires occasionnels et étaient deux fois plus nombreux à mentionner des RANPP avec des partenaires occasionnels que les non UDI HRSH.[37].

- Dans les données transversales recueillies entre 2002 et 2003 lors du projet Vanguard, l'on a trouvé que l'usage de kétamine, d'hydroxybutanoate, d'ecstasie et de Viagra dans les deux heures de la rencontre était associé à des RANP avec des partenaires occasionnels dont l'état sérologique était inconnu[38].

- L'on peut également utiliser la récente augmentation des infections transmises sexuellement (ITS) à déclaration obligatoire au Canada comme marqueurs des comportements sexuels à risque. L'on a vu l'élimination de la syphilis infectieuse, l'IST bactérienne la moins couramment déclarée au Canada, comme un objectif imminent à une époque aussi récente que 1996; toutefois, les taux nationaux de syphilis infectieuse (préliminaires) étaient près de quatre fois plus élevés en 2002 qu'en 1997 (0,4/100 000 contre 1,5/100 000)[39]. Malgré les limites des données de surveillance en évaluant l'orientation sexuelle des cas déclarés, cette augmentation est plus élevée de manière disproportionnée chez les hommes, qui représentent 80 % de tous les cas déclarés[39]. Dans une analyse d'une éclosion de syphilis parmi les HRSH de Calgary (Alberta) en 2000-2001, l'on a signalé que 35,7 % des cas de HRSH étaient coinfectés par le VIH[40]. Un examen des données de surveillance de la gonorrhée au Canada montre également que les cas déclarés de gonorrhée chez les hommes ont augmenté de 73,7 % entre 1997 et 2002 (par comparaison à une augmentation de 51,8 % chez les femmes)[39]. Les taux croissants de syphilis, le taux croissant de cas de coinfection par le VIH déclarés et l'augmentation des cas de gonorrhée viennent renforcer l'hypothèse d'une augmentation des rapports sexuels non protégés parmi les HRSH.

## Commentaires

L'on doit tenir compte d'un certain nombre de biais en interprétant ces résultats. Les données relatives au diagnostic de l'infection à VIH sont limitées aux personnes qui demandent à subir un test de dépistage; les tendances relevées peuvent donc être influencées par les habitudes en matière de dépistage ou par une meilleure élimination des tests en double. De plus, l'information servant à l'identification utilisée lors des tests de dépistage peut être incomplète ou inexacte, ce qui peut restreindre l'utilité des estimations de l'incidence du VIH. Les résultats des études de cohorte sont limités par les biais de sélection, le nombre de sujets perdus de vue et les difficultés reliées à la généralisation.

Malgré ces limites, les données disponibles semblent indiquer une augmentation à l'échelle nationale du nombre de nouvelles infections à VIH parmi les HRSH, à la fin des années 90 et, même si cette augmentation peut ne pas s'être poursuivie, le taux d'incidence global ne semble pas avoir diminué depuis. L'on observe toujours la présence de comportements à haut risque parmi les HRSH dans l'ensemble du pays. Cette situation s'observe également ailleurs. Par exemple, on a constaté une augmentation des comportements à risque associés au VIH et/ou les ITS chez les HRSH aux États-Unis[41-43], à Amsterdam[44] et à Sydney, en Australie[45].

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces augmentations des comportements à risque reliés au VIH, dont l'usage d'alcool et de drogues[33,46-48], le sentiment de complaisance ou d'optimisme découlant du succès du traitement antirétroviral[49], le faux sentiment de sécurité relié à un résultat négatif à un test de dépistage, des idées fausses au sujet de la séropositivité du partenaire, un manque d'expérience directe de l'épidémie de sida parmi la jeune génération d'homosexuels, un désir d'échapper aux normes rigoureuses requises pour mener une vie sexuelle sans risque[46,50,51] et les répercussions des forums de discussion d'Internet comme milieu à risque[52].

L'augmentation du nombre de nouvelles infections parmi les HRSH et du nombre d'HRSH qui vivent avec le VIH souligne la nécessité d'adopter des programmes de prévention novateurs, afin de réduire la propagation du VIH et des ITS dans la communauté homosexuelle. Ces programmes devraient cibler non seulement les personnes qui ne sont pas encore infectées, mais aussi celles qui sont séropositives pour le VIH. Il serait utile de mesurer les comportements à risque au fil du temps et dans différents milieux, aussi bien ruraux qu'urbains, dans l'ensemble du Canada, afin de mieux caractériser l'épidémie parmi les HRSH et d'appuyer des programmes de prévention et de soins efficaces.

## Références


1. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance en date du 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

2. Geduld J, Gatali M, Remis R, Archibald CP. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* RMTC 2003;29:197-206.

3. Burchell A, Calzavara LM, Swantee C et coll. *HIV incidence among MSM still unacceptably high: analysis of repeat diagnostic HIV testing database in Ontario, Canada, 1996-2002.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):54A(Résumé 317).

4. Remis RS, Major C, Swantee C et coll. *Trends in HIV incidence in Ontario based on the STARHS assay: update to December 2002.* Présentation au Réseau ontarien de traitement du VIH, 5e Journée annuelle de recherche, novembre 2003.

5. Remis RS, Swantee C, Fearon M et coll. *Enhancing diagnostic data for HIV surveillance: the Ontario Laboratory Enhancement Study (LES).* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):61A(Résumé 342P).

6. Remis RS. *The HIV epidemic in Ontario: 2004 update*. Présentation à la Conférence du Réseau ontarien de traitement du VIH, 25 novembre 2004.

7. Myers T, Allman D. *Ontario men's survey.* University of Toronto, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, 2004. URL : <www.mens-survey.ca>.

8. Remis RS, Alary M, Otis J et coll. and the OMEGA Study Group. *Trends in HIV incidence and sexual behaviour in a cohort of men who have sex with men (MSM) Montréal, 1996-2003.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):55A(Résumé 318).

9. Remis RS, Alary M, Otis J et coll. and the OMEGA Study Group. *Trends in HIV infection in the Omega cohort of men who have sex with men (MSM) in Montreal,1996-2001.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):50A(Résumé 320).

10. Martindale SL, Cook D, Weber AE et coll. *The impact of STARHS "Detuned Assay" results on HIV incidence calculations in an ongoing cohort of men who have sex with men (MSM) in Vancouver.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):65A(Résumé 369P).

11. Myers T, Godin G, Calzavara L et coll. and the Canadian AIDS Society Team. *The Canadian Survey of Gay and Bisexual Men and HIV Infection: men's survey,* Ottawa, Centre d'information sur le SIDA (Catalogue ISBN 0-921906-14-5).

12. Craib KJP, Strathdee SA, Hogg RS et coll. *Incidence rates of HIV-1 infection, AIDS progression and mortality in the Vancouver Lymphadenopathy-AIDS Study: results at 14 years.* Can J Infect Dis 1998;9:31A(Résumé 213).

13. Coates R, Calzavara LM, Read SE et coll. *A prospective study of male sexual contacts of individuals with ARC or AIDS.* Rapport final remis pour le Programme national de recherche et développement en matière de santé, 1992.

14. Remis RS, Najjar M, Pass C, Paradis G. *Seroepidemiological study of HIV infection and sexual behaviour among men attending a medical clinic in Montreal,* V$^{e}$ Conférence internationale sur le sida (Résumé WAP42), Montréal, Canada, juin 1989.

15. Low-Beer S, Bartholomew K, Weber AE et coll. *A demographic and health profile of gay and bisexual men in a large Canadian urban setting.* AIDS Care 2002;14(1):111-5.

16. Low-Beer S, Weber AE, Bartholomew K et al. *A demographic and health profile of HIV-positive gay and bisexual men in the west end of Vancouver.* Can J Infect Dis 1999;10:62B.

17. Dumas J, Lavoie R, Desjardins Y. *Project national Three Cities, Volet Montréalais: Etudes de besoins en matière de santé des hommes gais de Montréal.* Action Séro Zéro, Rapport pour Politique sur le VIH/sida, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, juillet 2000; présentation par Lavoie R. dans les actes de la Réunion de cosnultation sur les HRSH/UDI (8 et 9 mars 2001, Ottawa, Canada), Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

18. Beauchemin J, Cox J. *Sexual risk behaviours of HIV-positive MSM in Montreal.* Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):41.

19. Trussler T, Marchand R, Barker A. *Sex now by the numbers: a statistical guide to health planning for gay men.* Vancouver, BC: Community-based research centres, 2003.

20. Poulin C, Alary M, Noel L et coll. *Prevalence and incidence of HIV among injecting drug users (IDU) attending a needle exchange program NEP in Quebec City.* Can J Infect Dis 1997;8(Suppl A):27(Résumé 218).

21. Hankins C, Alary M, Parent R et coll. and the SurvUDI Working Group. *Knowledge of HIV status among HRSH and heterosexual men who inject drugs*. Communication présentée à la 10$^{e}$ Conférence canadienne annuelle pour la recherche sur le VIH/sida, mai 2001, Toronto.

22. Dufour A, Alary M, Otis J et coll. and the Omega Study Group. *Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the Omega Cohort Study, Quebec, Canada.* Can J Public Health 2000; 91(5):345-9.

23. Cox J, Beauchemin J, Allard R. *HIV status of sexual partners is more important than antiretroviral treatment related perceptions for risk taking by HIV positive MSM in*

*Montreal, Canada.* Sex Transm Infect 2004;80:518-23.

24. Remis RS, Alary M, Otis J. *HIV infection and risk behaviours in young gay and bisexual men* (Lettre à la rédaction et réponse [Hogg RS, Strathdee SA, Chan K et coll.]), Can Med Assoc J 2000;163(1):14-5.

25. Strathdee SA, Martindale SL, Cornelisse PGA et coll. *HIV infection and risk behaviours among young gay and bisexual men in Vancouver.* Can Med Assoc J 2000;162(1):21-5.

26. Miller ML, Lampinen TM, Chan K et coll. *Sexual risk reduction counseling of young gay men by their health care providers.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):59A(Résumé 334P).

27. Weber AE, Craib KJP, Chan K et coll. *Predictors of HIV sero conversion among young men who have sex with men.* Can J Infect Dis 2002;13 (Suppl A):49A,319.

28. Lampinen TM, Chan K, Miller ML et coll. *Are HIV seroincidence rates among gay men in Vancouver increasing? Here is one excellent reason not to care.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):60A(Résumé 336P).

29. Anonychuk A, Calzavara LM, Raboud JM, Myers T, the Polaris Study Team. *The association between stressfulk relationship events and HIV-risk behaviour among MSM: results from the Polaris study.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):58A(Résumé 331P).

30. Calzavara L, Burchell AN, Remis RS et coll. *Delayed Application of Condoms is a Risk Factor for Human Immunodeficiency Virus Infection among Homosexual and Bisexual Men.* Am J Epidemiol 2003;157(3):210-7.

31. Allman D, Myers T, Calzavara L et coll. *Do men who receive money vs. goods or drugs for sex differ?* 15e Conférence internationale sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11 au 16 juillet 2004 (Résumé TuOrC1199).

32. Weber AE. *Risk factors associated with HIV infection among young gay and bisexual men in Canada.* J Acquir Immune Defic Syndr 2001;28(1):81-8.

33. Weber AE, Otis J, Chan K et coll. *Factors associated with high-risk sexual behaviour among men who have sex with men (MSM) in two Canadian cohorts.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):45A,355.

34. Lampinen TM, Chan K, Craib KJP et coll. *Trends in condom use and HIV-1 seroincidence in a cohort of young men who have sex with men (MSM) in Vancouver, 1997-2002.* Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):41A,200.

35. Lampinen TM, Chan K, Miller ML et coll. *Substance use trends among young men who have sex with men (MSM) in Vancouver and relation to high-risk anal intercourse, 1997-2002.* Can J Infect Dis 2003;14(Suppl A):48A,221P.

36. Rusch M, Lampinen TM, Schilder A, Hogg RS. *Unprotected Anal Intercourse Associated With Recreational Drug Use Among Young Men Who Have Sex With Men Depends on Partner Type and Intercourse Role.* Sex Transm Dis2004;31(8);492-8.

37. O'Connell JM, Lampinen TM, Chan K et coll. *Sexual Risk Profile of Young Men in Vancouver, British Columbia, Who Have Sex With Men and Inject Drugs.* AIDS & Behav 2004;8(1):17-23.

38. Schilder AJ, Lampinen TM, Chan K et coll. *Substance use among gay men specific to encounters with casual sex partners of unknown HIV serostatus and relation to high risk sex.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):62A(Résumé 343P).

39. Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Division des infections acquises dans la collectivité, Section de la Santé sexuelle et les infections transmises sexuellement. *Rapport de surveillance 2002 des infections transmises sexuellement (ITS) au Canada.* (Sous presse).

40. Jayaraman GC, Read RR, Singh A. *Characteristics of individuals with male-to-male heterosexually acquired infections syphilis, during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada.* Transm Dis 2003;30(4):315-9.

41. Denning P, Nakashima AK, Wortley P. *Increasing rates of unprotected anal intercourse among HIV-infected men who have sex with men in the Unites States,* 13e Conférence internationale sur le sida, 9-14

juillet 2000, Durban, Afrique du Sud (Résumé n° ThOrC714).

42. Page-Shafer KA, McFarland W, Kohn R et coll. *Increases in unsafe sex and rectal gonorrhea among men who have sex with men - San Francisco, California, 1994-97.* MMWR 1999; 48:45-8.

43. Handsfield HH, Whittington WLH, Desmon S et coll. *Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men - King County, Washington, 1997-99.* MMWR 1999;48:773-7.

44. Dukers N, de Wit J, Goudsmit J, Coutinho R. *Recent increase in sexual risk behaviour and sexually transmitted diseases in a cohort of homosexual men: the price of highly active antiretroviral therapy?* 13e Conférence internationale sur le sida, 9-14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud (Résumé ThOrC715).

45. Van De Ven P, Prestage G, French J et coll. *Increase in unprotected anal intercourse with casual partners among Sydney gay men in 1996-98.* Aust NZ J Publ Heal 1998;22:814-8.

46. Dufour A, Alary M, Otis J et coll. and the Omega Study Group. *Correlates of risky behaviours among young and older men having sexual relations with men in Montréal, Québec, Canada.* J Acquir Immune Defic Syndr 2000;23:272-8.

47. Mansergh G, Colfax GN, Marks G et coll. *The Circuit Party Men's Health Survey: findings and implications for gay and bisexual men.* Am J Public Health 2001;91:953-8.

48. Dolezal C, Meyer-Bahlburg HF, Remien RH, Petkova E. *Substance use during sex and sensation seeking as predictors of sexual risk behaviour among HIV+ and HIV- gay men.* AIDS Behav 1997;1:19-28.

49. Hansen L, Wong T, Perrin M. *Gonorrhoea resurgence in Canada.* Int J STD & AIDS 2003;14:727-31.

50. Ostrow DG, Fox K, Chmiel JS. *Attitudes toward highly active antiretroviral therapy predict sexual risk-taking among HIV infected and uninfected gay men in the Multicenter AIDS Cohort Study (MACS),* 13e Conférence internationale sur le sida, 9-14 juillet 2000, Durban, Afrique du Sud (Résumé ThOrC719).

51. Katz MH. *AIDS epidemic in San Francisco among men who report sex with men: successes and challenges of HIV prevention.* J Acquir Immune Defic Syndr 1997;14 Suppl 2:838-46.

52. McFarlane M, Bull S, Reitmeijer S. *The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted disease.* JAMA 2000;284 (4):443-6.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

# Le VIH/sida chez les utilisateurs de drogues par injection au Canada

## *Points saillants*

- **Au 30 juin 2004, 7,4 % des cas cumulatifs de sida chez les adultes et 16,7 % des rapports de test positif pour le VIH concernaient des utilisateurs de drogues injectables.**
- **Les estimations nationales de 2002 de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH indiquent que la proportion de nouveaux cas parmi les UDI a diminué légèrement, en passant de 34 % du total en 1999 à 30 % (800 à 1 600 nouveaux cas) en 2002.**
- **Le nombre estimé de nouveaux cas d'infection à VIH chez les UDI en 2002 demeure trop élevé.**
- **Dans certains centres du Canada, l'on a mis en œuvre un système de surveillance améliorée (I-Track) pour surveiller les comportements à risque associés au VIH, ainsi que la prévalence de l'infection à VIH et au VHC chez les UDI.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Au début des années 80, l'épidémie d'infection à VIH au Canada touchait surtout les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HRSH). Pendant la première moitié des années 90, l'on a observé une hausse de la transmission du virus chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et, en 1999, environ 34 % des 4 190 nouveaux cas estimés d'infection à VIH au Canada sont survenus chez des UDI[1]. Les estimations nationales de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH pour 2002 montrent que la proportion de nouvelles infections chez les UDI a légèrement diminué en passant à 30 % en 2002 (de 800 à 1 600 du total de 2 800 à 5 200 nouvelles infections)[2]. L'on observe une tendance semblable dans le nombre de rapports de test positifs pour le VIH chez les adultes transmis au CPCMI. Les données de surveillance au 30 juin 2004 indiquent qu'en 2003, 18,4 % des rapports de test positif pour le VIH chez les adultes, transmis au CPCMI, étaient attribuables aux UDI, une diminution par rapport à un sommet d'un peu plus de 33 % enregistré en 1996 et en 1997[3]. La présente section des *Actualités en épidémiologie* fait le point sur l'épidémie d'infection à VIH/sida chez les UDI au Canada.



## Données de la surveillance du sida[3]

### L'injection de drogues reste une importante catégorie d'exposition dans les cas de sida

- Depuis le début des années 80 jusqu'au 30 juin 2004, l'on avait déclaré 19 468 cas de sida au CPCMI (dont les cas déclarés jusqu'au 31 décembre 2003 en provenance du Québec; les données sur le nombre de cas de sida déclarés du Québec dans la première moitié de 2004 n'étaient pas disponibles).

Sur les 18 463 cas cumulatifs de sida chez les adultes dont on connaissait la catégorie d'exposition, 7,4 % (1 366) étaient des UDI et, parmi ceux-ci, 73,3 % étaient des hommes. En plus, 4,3 % (794) des cas étaient des hommes qui avaient des relations sexuelles avec des hommes et qui utilisaient également des drogues par injection (HRSH/UDI).

- Il y a eu une augmentation de la proportion des UDI dans les cas de sida signalés chez les adultes, passant de 6,1 % en 1993 à un sommet de 21,4 % en 1998 et depuis elle est restée entre 15 % et 21,1 % (figure 1).

- La proportion des cas de sida chez les hommes adultes attribués à l'injection de drogues a augmenté de façon constante, en passant de 3,8 % en 1992 à un sommet de 18,7 % en 2000. Cette proportion tournait autour de 15,5 % à 17,6 % entre 2001 et 2003.

- Les femmes représentent 26,5 % du total des cas cumulatifs de sida chez les adultes attribuables aux UDI, dont la catégorie d'exposition et le sexe étaient indiqués. La proportion de cas de sida chez les femmes adultes attribuables à l'injection de drogues a augmenté régulièrement, passant de 18 % en 1992 à un sommet de 46,2 % en 1998. Cette proportion est tombée à 39,6 % en 2000 et depuis, il est difficile d'interpréter les tendances à cause du petit nombre de cas signalés.

## Données de la surveillance du VIH[3,4]

La proportion de rapports de tests positifs pour le VIH chez les adultes UDI poursuit un graduel déclin.

Alors que les données sur le sida fournissent des renseignements sur les infections à VIH qui se sont produites il y a environ 10 ans, les données sur le VIH donnent un aperçu des infections plus récentes.

Des 28 020 rapports cumulatifs de tests positifs pour le VIH qui concernent des adultes communiqués au CPCMI entre 1985 et le 30 juin 2004, comportant des renseignements sur la catégorie d'exposition, 16,7 % étaient attribuables à l'injection de drogues (68,8 % d'hommes). En plus, 2,4 % concernaient des HRSH/UDI.

Le figure 2 montre, par année de test, la proportion de tests positifs pour le VIH en ce qui concerne des adultes, attribuables à l'usage de drogues injectables, jusqu'à la fin de 2003. Cette proportion s'est réduite graduellement, passant de 28,3 % en 1999 à 18,4 % en 2003.

**Figure 1. Proportion des cas de sida chez les adultes qui sont des UDI, selon l'année du diagnostic, 1992-2003**

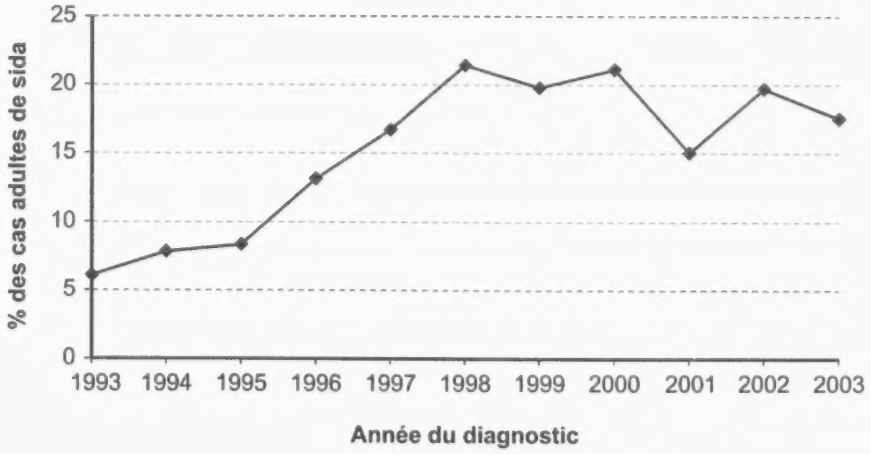
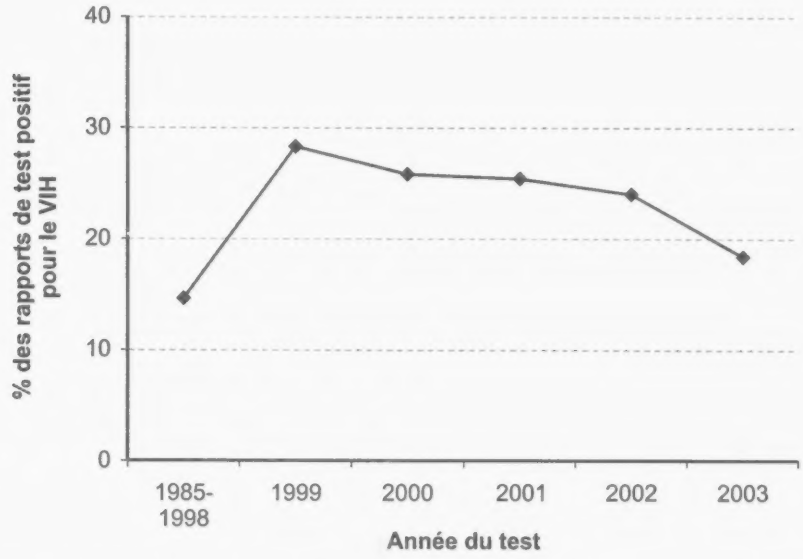


**Figure 2. Proportion des rapports de test positif pour le VIH qui concernent les UDI adultes, selon l'année du test, 1985-2003**




La proportion des rapports de tests positifs pour le VIH en ce qui concerne des femmes adultes, qui peuvent être attribués aux UDI, a culminé à 47,5 % en 1999, puis a décliné dans les années suivantes jusqu'à 27 % en 2003. La proportion chez les hommes adultes attribuable aux UDI est restée stable à environ 23p. 100 en 1999-2001 et s'est réduite à 15,8 % en 2003.

Parmi les rapports de tests positifs pour le VIH attribués aux UDI, déclarés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2003 et qui comportaient des renseignements sur l'âge et le risque, la plus forte proportion se trouvait chez les 30-39 ans (43,8 %), suivis par les 40 à 49 ans (31,3 %).

**Les études confirment que la prévalence du VIH demeure trop élevée dans les centres sentinelles du Canada.**

Pour répondre au besoin de surveillance continue des taux de prévalence et d'incidence de l'infection à VIH ainsi que des comportements à risque parmi les populations d'UDI dans l'ensemble du pays, Santé Canada a mis en place dans des centres sentinelles de l'ensemble du Canada un système de surveillance améliorée des comportements à risque liés au VIH et à l'hépatite C (VHC) chez les populations d'UDI (I-Track), grâce à une collaboration avec les autorités sanitaires provinciales, régionales et locales, des organisations communautaires et des chercheurs. Une étude pilote du système de surveillance I-Track a été entreprise entre octobre 2002 et août 2003, au cours de laquelle 1 062 UDI ont fait l'objet d'une enquête à Victoria, à Regina, à Sudbury, à Toronto, à Québec et à Ottawa avec des recoupements avec l'étude SurvUDI[5]. Depuis, on a réalisé des études complémentaires à Victoria, Toronto et Sudbury et d'autres sont en cours à Regina, Edmonton, Winnipeg et au Québec et à Ottawa par l'étude SurvUDI. Des constatations choisies de la phase pilote de I-Track se trouvent ci-après, ainsi que celles qui proviennent d'autres études sur les UDI au Canada.

Les résultats de la phase pilote de I-Track révèlent que la prévalence de l'infection à VIH chez les UDI qui ont participé à l'étude à Victoria était de 16 %[6], inférieure à la prévalence de 21 % observée dans une étude faite à Victoria en 1999[7].

À Regina, la prévalence de l'infection à VIH chez les participants à I-Track était de 1,2 %,

ce qui est un peu inférieur aux 2 % signalé dans la Regina Seroprevalence Study[8] faite en 2000, qui comprenaait un échantillon d'UDI de taille comparable.

À Sudbury, la prévalence observée de l'infection à VIH s'établissait à 10,1 % et à Toronto elle était de 5,1 %, plus faible que le taux de 8,2 % de l'étude de 1998 dans cette ville[9].

L'on a observé une prévalence de 19,6 % de l'infection à VIH chez les participants de l'étude SurvUDI englobés dans la phase pilote de I-Track[5].

Les taux de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) étaient élevés dans tous les centres sentinelles de l I-Track et allaient de 54,3 % à Toronto à 79,3 % à Victoria[6].

Dans la phase pilote de I-Track, l'on a trouvé que le taux global de coinfection dans les quatre villes participantes (Regina, Sudbury, Toronto, Victoria), avec des participants infectés par le VIH et le VHC, était de 7,8 %[6].

L'étude SurvUDI est en cours depuis 1995 et porte sur des centres qui offrent des services d'échange de seringues et d'autres programmes de prévention aux UDI du Québec ainsi que d'Ottawa, en Ontario. La prévalence de l'infection à VIH dans l'ensemble du réseau a connu une hausse marquée, en passant de 12,2 % en 1995 à 18,6 % en 2002[10]. Les résultats montrent que la prévalence de l'infection à VIH chez les participants à l'étude dans l'ensemble du réseau, de 1995 au 30 juin 2003, s'élevait à 14,7 % et était plus élevée dans les agglomérations urbaines (15,7 %) que dans les centres semi-urbains (6 %). En 2002, la prévalence de l'infection à VIH atteignait 23,3 % à Montréal, 19,7 % à Ottawa et 15,9 % à Québec[11]. Dans une étude réalisée entre octobre 2002 et janvier 2003 parmi 506 UDI de la rue recrutés à Ottawa, l'on a observé une prévalence de l'infection à VIH de 11,1 %[12].

Les résultats indiquent que l'incidence de l'infection à VIH chez les habitués des centres du réseau SurvUDI a diminué de façon substantielle, en passant de 5,3 pour 100 personnes-années (PA) en 1995 à 2,6 pour 100 PA en 2002. L'incidence globale entre 1995 et le 30 juin 2003 s'élevait à 2,9 pour 100 PA à Québec, à 4,4 pour 100 PA à Montréal, à 4,8 pour 100 PA à Ottawa/Hull, à 1,9 pour 100 PA dans les centres semi-urbains et à 3,7 pour 100 PA dans l'ensemble du réseau SurvUDI[11].

Les résultats de la Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study révèlent que la prévalence de l'infection à VIH chez les UDI de cette ville s'est accrue, passant de 2,3 % en 1986-1990 à 12,6 % en 1998[13].

Des recherches effectuées par le Needle Exchange Program de Calgary ont montré que la prévalence de l'infection à VIH chez les UDI qui participaient à ce programme était passée de 2,2 % en 1992 à 3,3 % en 1998[14].

Dans une étude de cohorte, on a recruté, en décembre 2003, 203 participants des programmes de méthadone à faible seuil à deux emplacements de l'Ontario; au moment de l'entrée, le taux de prévalence trouvée de l'infection à VIH était de 7 %; 84 % des participants qui avait un test positif pour le VIH connaissaient leur séropositivité et 77 % étaient coinfectés parle VIH et le VHC. L'on a trouvé une prévalence du VHC de 48 %[15].

L'étude POLARIS a examiné l'incidence du VIH selon la catégorie de risque chez les personnes qui ont passé plusieurs tests de dépistage du VIH enregistrées dans la base de données sur les tests de détection du VIH de l'Ontario, au cours de la période 1992-2000. L'incidence de l'infection à VIH chez les UDI est tombée de 0,64 pour 100 PA à 0,14 pour 100 PA entre 1992 et 2000[16].

Selon une étude qui évalue les tendances relatives à l'incidence de l'infection à VIH en Ontario, d'après le nombre d'infections récentes détectées chez les nouveaux cas diagnostiqués d'infection (à l'aide de l'algorithme de dépistage sérologique pour les personnes qui ont présenté une séroconversion récente pour le VIH ou test

STARHS), l'incidence de l'infection à VIH pendant une période de trois ans (d'octobre 1999 à décembre 2002) chez les UDI était de 0,23 pour 100 PA. Pendant la même période, l'incidence était de 0,25 pour 100 PA à Toronto, de 0,71 pour 100 PA à Ottawa et de 0,15 pour 100 PA ailleurs en Ontario[17,18]. Au fil du temps, l'incidence de l'infection à VIH en Ontario semble avoir diminué, d'après un test désaccordé[18]. L'incidence estimée d'infection à VIH en Ontario était en 2003, d'après un test désaccordé, de 0,09 pour 100 PA à Toronto, de 0,29 pour 100 PA à Ottawa et de 0,13 pour 100 PA dans les autres régions de l'Ontario[19].

Selon les résultats de la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), l'incidence de l'infection à VIH était de 1,5 pour 100 PA en 2000, ce qui représente une diminution par rapport aux taux de 10,3 en 1997 et de 3,2 en 1999[20]. L'on a trouvé que l'incidence cumulative dans la cohorte de la VIDUS était de 14 % pendant les 64 mois allant de mai 1996 à mai 2003[21].

Chez les personnes incarcérées au Québec, la prévalence de l'infection à VIH observée était de 2,3 % chez les hommes et de 8,8 % chez les femmes. Toutes les femmes séropositives qui participaient à cette étude étaient des UDI et leur prévalence à l'infection à VIH était de 20,6 % par comparaison à 7,2 % chez les UDI hommes[22].

Chez les UDI incarcérés en Ontario, la prévalence trouvée de l'infection à VIH était de 4,1 % et parmi les ceux infectés par le VHC, 7,2 % étaient coinfectés par le VIH[23].

## Les femmes, les jeunes et les Autochtones UDI sont particulièrement à risque d'infection par le VIH

### Femmes

Depuis 1996, du tiers à la moitié environ des nouveaux rapports de tests positifs pour le VIH en ce qui concerne des femmes ont été attribués à l'injection de drogues. Selon les dernières estimations nationales relatives au VIH publiées par le CPCMI pour 2002, une proportion légèrement plus faible de nouveaux cas d'infection à VIH chez les femmes en 2002 par rapport à 1999 étaient associés à l'utilisation de drogues injectables (47 % contre 54 %, respectivement)[2].

Les résultats de l'étude VIDUS à Vancouver révèlent qu'entre mai 1996 et décembre 2000, les taux d'incidence du VIH chez les femmes UDI à Vancouver étaient environ 40 % supérieurs à ceux des hommes UDI[24].

### Jeunes

Les résultats de l'étude pilote du système I-Track permettent de démontrer que 30 % des participants ont mentionné leur première injection de drogue à 16 ans ou avant[6].

L'étude VIDUS à Vancouver a examiné les taux de séropositivité chez les UDI participants de 24 ans et moins et a enregistré des taux élevés d'incidence de l'infection à VIH dans ce groupe : 2,96 chez les hommes et 5,69 chez les femmes pour 100 PA[25], comparativement au taux global d'incidence de 1,5 pour 100 PA en 2000[20]. L'étude a aussi permis de démontrer que parmi les jeunes UDI (de 13 à 24 ans), la prévalence de l'infection à VIH était associée au sexe féminin, à des antécédents d'abus sexuels, à des activités sexuelles de survie, à l'injection quotidienne d'héroïne, à l'injection quotidienne de speedballs et au nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie[26].

L'incidence du VIH chez les jeunes de la rue, dans l'Étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal, s'établissait en septembre 2000 à 0,69 pour 100 PA. L'injection de drogues était le prédicteur le plus puissant de la séroconversion (fait de devenir séropositif pour le VIH)[27].

La Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada est un système de surveillance national, multicentrique et transversal des jeunes de la rue âgés de 15 à 24 ans, qui examine les cas d'infections transmises sexuellement et d'infections par des agents pathogènes transmissibles par le sang et les

comportements à risque chez les jeunes de la rue. Les résultats des phases II et III indiquent qu'environ un cinquième des jeunes de la rue interrogés s'étaient déjà injecté de la drogue[28].

**Autochtones**

Les Autochtones sont surreprésentés dans les populations d'UDI et une plus forte proportion des cas d'infection à VIH et de sida chez les Autochtones que chez les non Autochtones sont attribuables à l'injection de drogues[29]. Selon les estimations nationales pour le VIH de 2002, 63 % de tous les nouveaux cas d'infection à VIH chez les Autochtones en 2002 étaient des UDI en comparaison de seulement 30 % pour tous les nouveaux cas d'infection[2].

Les résultats de l'étude pilote I-Track indiquent que 31,4 % de l'ensemble des participants à l'étude ont déclaré être d'origine autochtone[6,30]. La plupart de ceux-ci étaient de Regina, où 90,2 % de la population étudiée était autochtone. La proportion des UDI autochtones dans le reste de la population à l'étude variait de 3 %, chez les participants à la SurvUDI à 20,7 % à Victoria.

Une analyse qui compare les taux de séroconversion chez les UDI autochtones avec ceux des UDI non autochtones recrutés entre 1996 et 2000 dans l'étude VIDUS à Vancouver a fait ressortir que les UDI autochtones présentaient un taux de séroconversion deux fois plus élevé que les UDI non autochtones[31].

Le projet Community Health and Safety Evaluation (CHASE) est une étude prospective dans laquelle on recrute les participants dans le Downtown Eastside de Vancouver. Dans un sous-groupe de la cohorte CHASE composé d'UDI, l'origine ethnique autochtone était associée à une prévalence de l'infection à VIH à la base de référence[32].

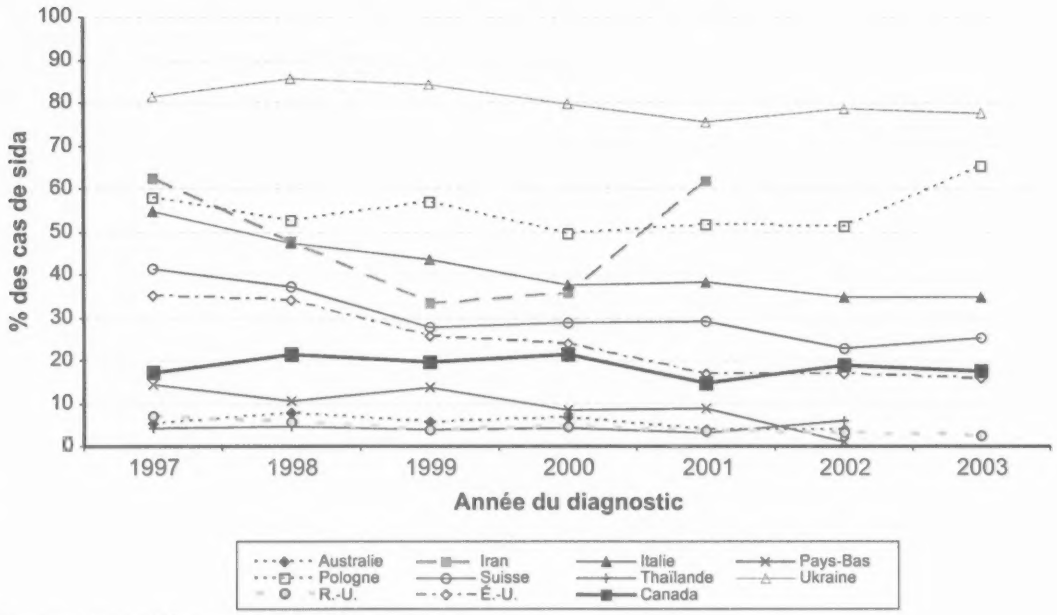
## Tendances internationales

Un rapport publié par ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en décembre 2004 indique qu'environ 39,4 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH/sida, dont 2,2 millions sont des enfants de moins de 15 ans. L'utilisation de drogues injectables est citée comme l'un des principaux modes de transmission chez ces personnes dans sept des 10 régions du monde, dont l'Amérique du Nord, l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient, l'Europe de l'Ouest, l'Asie de l'Est et le Pacifique. En Europe de l'Est et en Asie centrale, où l'épidémie a débuté relativement plus tard que dans les autres régions (au début des années 90), l'utilisation de drogues injectables constitue le seul mode principal de transmission[33]. La figure 3 montre la proportion des cas de sida attribuables aux UDI dans certains pays depuis 1995. Bien qu'il faille se montrer prudent lorsque l'on compare et interprète des données qui proviennent de systèmes de surveillance qui peuvent être différents, il est intéressant de noter que, même si le Canada se situe dans la moitié inférieure du graphique, des pays comme l'Australie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni affichent des proportions encore plus faibles de cas signalés de sida associés aux UDI. Quoique de telles comparaisons écologiques comportent des limites, les différences observées pourraient être liées à l'accessibilité et à l'acceptabilité des programmes et des services qui préconisent une réduction des préjudices chez les UDI dans ces pays. D'autres recherches doivent être effectuées pour étudier l'efficacité de ces programmes et déterminer si des approches semblables pourraient être utilisées dans le contexte canadien.

## Commentaires

Il faut tenir compte d'un certain nombre de distorsions possibles en interprétant les résultats mentionnés ci-dessus. Les données relatives au diagnostic de l'infection à VIH ne concernent que les personnes qui se présentent pour subir un test, de sorte que les habitudes qui concerne le dépistage et le raffinement des techniques qui permettent d'éliminer les tests en double peuvent influer sur les tendances qui se dégagent de ces

**Figure 3. Proportion des cas de sida signalés qui sont attribuables à l'injection de drogue dans certains pays, selon l'année du diagnostic**




**Sources (consultées en janvier 2005)**

- Agence de santé publique du Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Division de la surveillance et de l'évaluation des risques
  www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index.html
- Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)
  www.cdc.gov/hiv/stats/hasrlink/htm
- National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales, Sydney, NSW
  www.med.unsw.edu.au/nchecr
- Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida
  www.eurohiv.org/
- ONUSIDA/OMS. Fiches épidémiologicques sur les VIH/sida et les infestions transmises sexuellement
  www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/index_fr.htm



chiffres. De plus, les données d'identification qui accompagnent les résultats des tests de dépistage du VIH sont parfois incomplètes ou inexactes, ce qui peut limiter l'utilité des données sur le VIH. Les résultats d'études de cohorte comportent également des limites : biais de sélection, sujets perdus de vue et problèmes de généralisabilité. Les études transversales ont aussi leurs propres limites.

Malgré ces difficultés, les données disponibles montrent que l'épidémie d'infection à VIH chez les UDI au Canada demeure un grave problème de santé. Le problème est certes mieux documenté dans les grandes villes, mais il est de plus en plus présent en dehors des grandes agglomérations urbaines. La mise en place du système de surveillance améliorée I-Track représente un autre pas en vue d'atteindre l'objectif qui vise à décrire les modifications des tendances dans les habitudes d'injection de drogue et les comportements sexuels, les comportements associés aux tests de dépistage du VIH ainsi que la prévalence de l'infection à VIH et à VHC chez les UDI au Canada. Les résultats de l'étude pilote du système I-Track semblent indiquer que les profils d'usage de drogue et la prévalence de l'infection à VIH diffèrent grandement entre les différentes régions du Canada et à l'intérieur des provinces canadiennes. Ces résultats soulignent

l'importance d'accroître la couverture géographique du système de surveillance et la nécessité d'inclure les centres semi-urbains dans l'avenir. Il faudra concevoir des politiques et des programmes relatifs à l'injection de drogue et au VIH en fonction des problèmes locaux et des profils de migration des UDI.

Les taux élevés d'injection de drogues et de comportements sexuels à risque signalés par les UDI dans les centres sentinelles du Canada suggèrent que la possibilité de transmission du VIH dans ces populations demeure importante. Compte tenu de la mobilité géographique des UDI et de leurs interactions sociales et sexuelles avec les non utilisateurs, le double problème de l'utilisation de drogues injectables et de l'infection à VIH touche finalement toute la société canadienne.

## Références


1. Santé Canada. Archibald CP, Remis RS, Farley J, Sutherland D. *Estimating HIV prevalence and incidence at the national level: combining direct and indirect methods with Monte-Carlo simulation,* XII[e] Conférence internationale sur le sida, Genève, juin-juillet 1998 (Résumé 43475).

2. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* RMTC 2003;29(23):197-206.

3. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada. Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

4. Santé Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2003.* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2003.

5. Choudhri Y, Lydon-Hassen K, Hennink M et coll. *I-Track: Enhanced surveillance of risk behaviours among injecting drug users in Canada - need for expanded geographic coverage.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):49A(Résumé 301).

6. Santé Canada. *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectable au Canada,* Rapport sur l'enquête pilote, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.

7. Poffenroth L. *RARE Project in Victoria*, Actes de l'assemblée annuelle de la Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, Halifax, du 16 au 18 novembre 2000. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada.

8. Regina Health District, Saskatchewan Health, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, CPCMI, Santé Canada. *The Regina Seroprevalence Study: a profile of injection drug use in a Prairie city*, 2000.

9. Millson P, Myers T, Calzavara L et coll. *Regional variation in HIV prevalence and risk behaviours in Ontario injection drug users (UDI).* Can J Public Health 2003;94(6):431-5.

10. Morissette C, Roy E, Parent R et coll. and the SurvUDI working group. *Temporal trends in HIV incidence and risk behaviours among UDIs in the SurvUDI study 1995-2002.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):49A(Résumé 302).

11. Parent R, Alary M, Morrissette C et coll. and the SurvUDI working group. *Rapport SurvUDI 2003,* décembre 2003.

12. Leonard LE, Navarro C, Birkett N et coll. *Risk conditions impact individual HIV prevention practices of Ottawa injection drug users (UDIs),* 15[e] Conférence internationale sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11-16 juillet 2004 (Résumé WePeC6027).

13. Elliot LJ, Blanchard JF, Dinner KI et coll. *The Winnipeg Injection Drug Epidemiology (WIDE) Study, Eighth Annual Canadian Conference on AIDS, Vancouver BC May 1-4 1999.* Can J Infect Dis 1999;10(suppl B): C314.

14. Guenter DC, Fonseca K, Nielsen DM et coll. *HIV prevalence remains low among Calgary's Needle Exchange Program participants.* Can. J Public Health 2000;91(2):129-32.

15. Millson PE, Challacombe L, Strike C et coll. *HIV and HCV at entry into low threshold methadone programs – prevalence and testing history.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):66A(Résumé 356P).

16. Burchell A, Calzavara LM, Major C et coll. and the Polaris Study Team. *HIV incidence among persons undergoing repeat diagnostic HIV testing in Ontario, 1992-2000.* Can J Infect Dis 2002;13(Suppl A):48A(Résumé 315).

17. Remis RS, Major C, Swantee C et coll. *Trends in HIV incidence in Ontario based on the detuned assay: update to December 2002,* Présentation au Réseau ontarien de traitement du VIH, 5e Journée annuelle de recherche, 3 et 4 novembre 2003.

18. Remis RS, Swantee C, Fearon M et coll. *Enhancing diagnostic data for HIV surveillance: the Ontario Laboratory Enhancement Study (LES).* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):61A(Résumé 342P).

19. Remis RS. *The HIV epidemic in Ontario: 2004 update,* Présentation au Réseau ontarien de traitement du VIH, 5e Journée annuelle de recherche, 24 novembre 2004.

20. Tyndall M, Johnston C, Craib K et coll. *HIV incidence and mortality among injection drug users in Vancouver - 1996-2000.* Can J Infect 2001;11(Suppl B):69B,354P.

21. Miller CL, Spittal P, Frankish JC et coll. *Binge drug use independently predicts HIV seroconversion among injection drug users: implications for public health strategies.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):65A(Abstract 352P).

22. Landry S, Alary M, Godin G et coll. *Étude de prevalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcerees au Quebec et pistes pour l'intervention.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):50A(Abstract 306).

23. Ramuscak N, Calzavara LM, Burchell A et coll. *Self-reported Hepatitis C (HCV) among Ontario inmates: preliminary results from the Ontario remand study.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):63A(Abstract 347P).

24. Spittal PM, Craib KJP, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2002;166(7): 894-9.

25. Miller C, Tyndall M, Li K et coll.. *High rates of HIV positivity among young injection users.* Can J Infect Dis 2001;12(Suppl B):340P.

26. Miller CL, Spittal PM, LaLiberte N et coll. *Females experiencing sexual and drug vulnerabilities are at elevated risk for HIV infection among youth who use injecting drugs.* J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 30(3):335-41.

27. Roy E, Haley N, Leclerc P et coll. *HIV incidence among street youth in Montreal, Canada.* AIDS 2003;17(7):1071-5.

28. Santé Canada. *Enhanced surveillance of Canadian street youth,* Santé sexuelle et les ITS, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.

29. Santé Canada. *L'infection à VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : un problème toujours préoccupant, Actualités en épidémiologie du VIH/sida, mai 2004*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, CPCMI, Santé Canada, 2004.

30. Données non publiées, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

31. Craib KJP, Spittal PM, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2003;168(1):19-24.

32. Ishida T, Kerr T, Lai C et coll. *HIV infection and related risks among Aboriginal injection drug users in Vancouver, Canada*, 15e Conférence internationale sur le sida, Bangkok, Thaïlande, 11 au 16 juillet 2004 (Résumé WePeC6047).

33. *AIDS epidemic update, December 2004*. Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 2004.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

11

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada

## *Points saillants*

- **Les données fournies montrent un niveau élevé de comportements à risque (sexuels et relatifs à l'injection de drogues) chez les UDI, ce qui indique que le potentiel de transmission du VIH au sein de ces populations reste important.**
- **Il faut obtenir des données sur les tendances comportementales afin de pouvoir interpréter de manière fiable les changements qui se produisent dans l'incidence et la prévalence du VIH chez les UDI et de faciliter l'évaluation des programmes de prévention qui visent cette population.**
- **En raison des différences marquées qui existent en ce qui concerne l'injection de drogues et la prévalence du VIH dans diverses villes du Canada, il faut accroître la couverture géographique de la surveillance relative aux comportements à risque chez les UDI.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Les estimations nationales publiées récemment au sujet de la prévalence et de l'incidence du VIH montrent que 30 %, donc entre 800 et 1 600 nouveaux cas d'infection à VIH sur un nombre estimé d'environ 2 800 à 5 200 cas au Canada en 2002, ont été recensés parmi les utilisateurs de drogues par injection (UDI)[1]. Également, 34 % des cas estimés d'infection à VIH survenus en 1999 se trouvaient chez les UDI[1]. L'on a observé une tendance comparable dans le nombre de tests positifs pour le VIH attribués à l'injection de drogues et déclarés au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI). Chez les adultes, la proportion de tests positifs pour le VIH associés à l'injection de drogues a peu à peu régressé, après avoir culminé à 33 % en 1996 et 1997, pour se réduire graduellement à 18,4 % en 2003[2].

En dépit d'une baisse encourageante des tendances, le VIH chez les UDI demeure une préoccupation majeure. Faute de vaccin contre le VIH, la modification du comportement demeure l'outil principal de prévention de l'infection à VIH chez les UDI. Cette approche concerne autant les UDI infectés que ceux qui ne le sont pas, et vise surtout leur comportement sexuel et leurs pratiques d'injection de drogues.

Afin de répondre au besoin d'exercer une surveillance continue des comportements à risque associés au VIH parmi les populations d'UDI, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) est à mettre en place, en collaboration avec les autorités sanitaires provinciales, régionales et locales, les organismes communautaires et les chercheurs, un système de surveillance améliorée (I-Track) des comportements à risque reliés au VIH et à l'hépatite C (VHC) dans les centres sentinelles de l'ensemble du Canada. L'enquête pilote du système de

surveillance I-Track s'est déroulée entre octobre 2002 et août 2003, période au cours de laquelle 1 062 UDI ont fait l'objet d'une enquête à Victoria, à Regina, à Sudbury, à Toronto, et au Québec et à Ottawa par des recoupements avec l'étude SurvUDI[3]. Depuis, l'on a réalisé des études complémentaires à Victoria, à Toronto et à Sudbury et d'autres sont en cours à Regina, à Edmonton, à Winnipeg et au Québec et à Ottawa par les études SurvUDI

La présente section des *Actualités en épidémiologie* décrit les comportements à risque, sexuels ou relatifs à l'injection de drogues, signalés dans l'enquête pilote I-Track et dans d'autres études réalisées auprès d'UDI au Canada.

## Le partage des aiguilles et des seringues : une pratique à éviter

Le partage (prêt ou emprunt) d'aiguilles et de seringues constitue un mode reconnu de transmission du VIH et il est fréquent chez les UDI.

- Les résultats de l'enquête pilote I-Track[3,4,5] révèlent que, dans l'ensemble, 26,7 % des participants ont déclaré s'être injecté des drogues avec des aiguilles usagées au cours des six mois qui précédaient l'enquête. Les proportions allaient de 16,6 % à Regina jusqu'à 35,4 % à Victoria. Les UDI empruntent le plus souvent des seringues de personnes avec lesquelles ils s'injectent des drogues; il s'agit la plupart du temps d'amis proches, de membres de la famille ou de partenaires sexuels habituels. Dans l'ensemble, une proportion équivalente de participants ont indiqué qu'ils avaient prêté leurs aiguilles ou leurs seringues (22,5 %) à d'autres UDI, dans un but d'injection, au cours des six mois précédents. Par centre, les proportions passaient de 15,8 % à Regina à 30,6 % à Victoria.

- Dans l'étude d'une cohorte d'UDI de Vancouver, 27,6 % des participants ont déclaré qu'ils avaient partagé des aiguilles au cours des six mois précédents (étude faite de janvier 1999 à octobre 2000). En outre, 19,1 % des participants ont déclaré qu'ils avaient partagé des aiguilles, bien qu'ils n'aient signalé aucune difficulté à se procurer des aiguilles neuves et stériles[6].

- Parmi les UDI recrutés dans les piqueries de Québec, 28,9 % des participants ont indiqué qu'ils se faisaient des injections avec des aiguilles usagées[7].

- Les résultats de l'étude SurvUDI indiquent que la prévalence de l'emprunt d'aiguilles et de seringues au cours des six derniers mois est passée de 43,5 % en 1995 à 32,8 % en 2002[8]. Même si ces résultats permettent d'entrevoir une tendance positive de réduction des habitudes de partage parmi les UDI de ces régions, la proportion de participants qui déclarent partager des seringues demeure relativement élevée

- Chez les UDI du Québec qui participaient à la cohorte OPICAN, ceux qui mentionnaient qu'ils utilisaient une combinaison de drogues étaient ceux qui faisaient davantage état du partage de seringues, par comparaison avec ceux qui utilisaient uniquement des opiacés (88 % contre 63 %)[9].

Souvent appelée « partage indirect », la pratique qui consiste à emprunter et à prêter du matériel d'injection (p. ex. cuillères, filtres et eau) est également associée à l'infection à VIH. Certaines études laissent supposer que cette pratique est répandue chez les UDI.

- Parmi les participants à l'enquête pilote I-Track[4,5], 47 % (l'intervalle de variation qui va de 31,8 % à Toronto à 58,8 % à Sudbury) ont déclaré qu'ils avaient emprunté d'autre matériel d'injection usagé (filtres, réchauds, eau) au cours des six mois précédents et 37,5 % ont mentionné le prêt d'autre matériel d'injection dans les six mois antérieurs à l'enquête.

- Dans une étude pilote sur le système social des UDI de Québec recrutés dans des piqueries, 64,4 % avaient emprunté d'autre matériel d'injection déjà utilisé[7].

- Lors d'une étude effectuée parmi les UDI de la rue d'Ottawa, entre octobre 2002 et janvier 2003, l'on a observé que les UDI

qui mentionnaient qu'ils s'injectaient dans des lieux publics étaient plus enclins à le faire avec des aiguilles usagées et une proportion plus élevée indiquaient des clients hommes[10].

- Dans une étude réalisée en 1998 dans le cadre du programme d'échange de seringues (PES) de Calgary, 25 % des participants ont dit qu'ils avaient partagé leur matériel d'injection au cours des six mois qui précédaient l'étude[11].

- Dans l'étude de cohorte VIDUS réalisée auprès des UDI de Vancouver entre 1996 et 2000, 38 % des hommes et 37 % des femmes ont indiqué qu'ils avaient emprunté du matériel d'injection, et l'on a constaté que c'était l'un des facteurs de risque de séroconversion chez les hommes[12].

- Des études internationales[13-15] auprès des UDI ont permis de relever d'autres pratiques d'injection qui peuvent accroître le risque de transmission du VIH, comme le *front-loading* ou le *back-loading*. Deux ou plusieurs UDI préparent une solution de drogue dans une seule seringue; la solution est ensuite répartie dans une ou plusieurs autres seringues, par l'avant de la seringue réceptrice après avoir retiré l'aiguille (*front-loading*), ou par l'arrière après avoir retiré le piston (*back-loading*). Toutefois, la mesure dans laquelle de tels comportements à risque sont répandus chez les UDI canadiens fait encore l'objet de recherches.

## Un troc hasardeux : des rapports sexuels non protégés pour de l'argent et de la drogue

Au Canada, de nombreux UDI participent au commerce du sexe et les études montrent qu'ils n'utilisent pas systématiquement de condom avec leurs clients.

- Parmi les UDI de l'enquête pilote I-Track, 41,7 % des femmes ont déclaré qu'elles avaient eu comme client un partenaire sexuel masculin dans les six mois qui précédaient l'enquête. La proportion d'utilisation d'un condom par leurs partenaires clients lors d'un rapport sexuel avec pénétration était généralement élevée (87 %) chez les femmes UDI, mais elle était plus faible dans le cas d'un rapport sexuel oral[5].

- Entre 1995 et 2003, les résultats de l'étude SurvUDI indiquent que 49,3 % des femmes et 9,2 % des hommes parmi les participants rencontrés à plusieurs reprises ont déclaré s'être livrés à la prostitution[16].

- Dans l'étude VIDUS de Vancouver, l'on a recruté 995 hommes UDI entre 1996 et 2003, 11 % ont déclaré qu'ils participaient au commerce du sexe à leur enrôlement et 10 % ont commencé à le faire pendant la période de suivi; ceux qui s'adonnaient au commerce du sexe avaient des comportements d'injection plus hasardeux[17].

- Parmi les UDI sélectionnés entre 1988 et 1999 pour participer à une étude de cohorte à Montréal, 18,1 % des hommes déclaraient avoir pratiqué la prostitution[18].

- Dans la cohorte OPICAN, on a recruté 730 utilisateurs d'opiacés illicites à Vancouver, à Toronto, à Montréal, à Edmonton et au Québec. L'on a trouvé que l'usage d'héroïne était associé au commerce du sexe[19].

- Dans une étude faite à Winnipeg en 1998, 71,5 % des femmes UDI et 30,2 % des hommes UDI ont dit avoir déjà reçu de l'argent en échange de services sexuels. De plus, 25 % des femmes n'exigeaient pas toujours de condom de leurs clients masculins. Chez les hommes qui avaient des clients hommes, 52 % n'exigeaient pas toujours l'usage d'un condom[20].

- Dans une étude réalisée en 1998 à Saskatoon, la moitié des femmes UDI disaient avoir échangé leurs faveurs sexuelles contre de l'argent et 19 %, contre des drogues ou un endroit pour dormir, au cours des six mois précédents[21]. Dans la même étude, 93 % des participants utilisaient de condom avec un partenaire occasionnel, mais le quart d'entre eux ne le faisaient pas toujours. De façon générale, 41 % de la population étudiée utilisait un condom avec des partenaires habituels.

## Pas assez de précautions dans les rapports sexuels avec des partenaires habituels ou occasionnels

Chez les UDI qui ont des partenaires hétérosexuels habituels et occasionnels, l'utilisation du condom est peu répandue.

- L'analyse qui porte sur l'emploi de condom lors de rapports sexuels oraux et avec pénétration, au cours des six mois précédents, chez les participants à l'enquête pilote I-Track révèle que cette pratique était moins fréquente lorsqu'il s'agissait de partenaires occasionnels que de clients et moins fréquente encore lorsqu'il s'agissait de partenaires habituels. Chez les hommes qui avaient eu des partenaires occasionnels au cours des six mois précédents, 54,6 % ont fait état d'une utilisation irrégulière de condom pendant un rapport sexuel avec une partenaire sexuelle occasionnelle. Chez les femmes qui ont eu des partenaires occasionnels avec pénétration au cours de la même période, 52,7 % ont fait état d'une utilisation irrégulière du condom. Il n'y avait pas de différences marquées quant à l'emploi déclaré du condom entre les centres participants[5].

- Au cours d'une étude réalisée auprès d'UDI à Winnipeg en 1998, 68 % des femmes et 57 % des hommes qui avaient eu des partenaires sexuels habituels au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête ont déclaré ne jamais utiliser de condom, en comparaison d'environ 30 % des hommes et des femmes qui avaient eu des partenaires sexuels occasionnels au cours de la même période[20].

- Les UDI de l'étude sur la séroprévalence qui a eu lieu à Regina en 2000 étaient peu nombreux à utiliser de condom avec leurs partenaires occasionnels ou habituels. Ainsi, 94 % des hommes UDI et 92 % des femmes UDI disaient ne pas utiliser le condom régulièrement ou ne jamais l'utiliser lors des relations sexuelles vaginales avec des partenaires habituels de sexe opposé. Parmi les répondants qui avaient des partenaires occasionnels, 58 % des hommes et 71 % des femmes disaient ne pas employer régulièrement ou ne pas utiliser du tout de condom avec ce type de partenaire[22].

- Dans l'étude de cohorte VIDUS effectuée à Vancouver entre 1996 et 2000, 18 % des hommes et 20 % des femmes disaient avoir employé un condom avec leurs partenaires sexuels habituels au cours des six mois précédents; la non utilisation de condom avec un partenaire sexuel habituel constituait le plus important facteur de risque de séroconversion chez les femmes[12].

## Les hommes UDI et les partenaires de même sexe

La proportion d'UDI de sexe masculin qui déclarent avoir des relations sexuelles avec des partenaires de même sexe varie selon les villes.

- Dans l'enquête pilote I-Track, 6 % des hommes UDI ont affirmé avoir eu des partenaires de sexe masculin au cours des six mois précédents[5].

- Parmi les UDI de sexe masculin de l'étude VIDUS, qui ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des six derniers mois, 7 % ont indiqué qu'ils avaient eu seulement des partenaires de même sexe et 6 % des partenaires des deux sexes au cours de cette période[23].

- Dans l'étude SurvUDI, 14,7 % des sujets de sexe masculin rencontrés à plusieurs reprises ont indiqué avoir eu des partenaires de même sexe entre 1995 et 2003[16].

- Dans l'étude sur le PES entreprise à Calgary en 1998, 7 % des hommes UDI et 12 % des femmes UDI ont fait état de relations sexuelles avec un partenaire de même sexe au cours des six mois qui ont précédé l'étude[11].

- Dans l'étude de cohorte Omega faite auprès d'HRSH à Montréal, 6 % des répondants ont déclaré s'injecter des drogues et 48 % d'entre eux avaient emprunté des seringues usagées et 4 % avaient échangé des faveurs sexuelles contre de la drogue[24].

### Modifications des comportements de protection ou pratiques plus risquées à la suite d'un test positif pour le VIH?

Davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer si les UDI conservent des comportements à risque ou modifient leurs comportements après avoir reçu un test positif de détection des anticorps anti-VIH.

- Une étude de cohorte auprès des UDI du Québec, qui s'est faite entre 1996 et 1999, a montré que 73,1 % de ceux qui étaient séropositifs avaient cessé de prêter des seringues en comparaison de 56 % des UDI séronégatifs pour le VIH, au cours des six mois qui ont suivi la réception des résultats de leur état sérologique. Cependant, 8,5 % des UDI séropositifs et 16 % des UDI non infectés avaient commencé à prêter des seringues à des partenaires séropositifs pendant cette période. Dans la même étude, 62,2 % des UDI séropositifs, en regard de 58,6 % des UDI séronégatifs, avaient cessé d'emprunter des seringues au cours des six mois qui ont suivi la réception des résultats de leur état sérologique positif. Parmi les UDI séropositifs, 16,7 %, en regard de 19,5 % des UDI non infectés, avaient commencé à emprunter des seringues à des partenaires séropositifs pendant la même période[25].

- Dans l'étude VIDUS de Vancouver, 35 % des sujets séropositifs pour le VIH ont déclaré qu'ils avaient emprunté des seringues avant de connaître leur état sérologique. Dans les mois qui ont suivi la communication de leur test positif, seulement 21 % ont continué à le faire. Également, 37 % des UDI séropositifs ont déclaré qu'ils avaient prêté des seringues avant de connaître leur état sérologique, tandis que seulement 21 % de ces sujets ont conservé cette pratique après avoir reçu les résultats séropositifs de leur test[26].

- Dans une étude qui portait sur des femmes de Montréal, le taux d'utilisation d'un condom à la suite d'un test positif pour le VIH était faible chez les UDI (19 %) par rapport aux non-UDI d'origine haïtienne (30 %) et aux non-UDI de race caucasique (62 %)[27].

## L'utilisation de drogues injectables est un problème chez les jeunes de la rue et chez les détenus

De toute évidence, il faut instaurer des programmes adéquats et accessibles de prévention de l'infection à VIH pour les détenus et les jeunes de la rue qui s'injectent des drogues.

- Selon les résultats de l'enquête pilote I-Track, l'âge moyen du début de l'injection de drogues était de 21,7 ans dans la population étudiée, et 27,8 % des sujets ont commencé à s'injecter des drogues à l'âge de 16 ans ou avant (intervalle de variation allant de 19,5 % à Sudbury à 36,6 % à Regina)[5].

- Dans la cohorte de VIDUS, 38 % également des jeunes ont commencé à utiliser des drogues injectables à 16 ans et moins (46 % des femmes et 31 % des hommes)[28].

- À Montréal, l'étude faite de 1995 à 2000 auprès des jeunes de la rue âgés de 14 à 25 ans a montré que 47,2 % des participants s'étaient déjà injecté des drogues. L'injection de drogues était l'indicateur primordial de la séroconversion au VIH[29].

- La nouvelle Étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal, une étude prospective effectuée auprès de jeunes de la rue de 14 à 23 ans entre juillet 2001 et août 2003, a trouvé que parmi ceux qui étaient UDI, 33,6 % ont mentionné qu'ils avaient utilisé une aiguille usagée pour se faire une injection au cours des six derniers mois[30]. Chez les participants de 14 à 17 ans, recrutés entre janvier 1995 et septembre 2000 dans l'étude de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal, l'on a trouvé que le taux d'incidence pour le début de l'injection de drogues était de 23,6 pour 100 PA[31]. Les résultats combinés des deux études de cohorte sur les jeunes de la rue de Montréal ont montré que 29,4 % des nouveaux utilisateurs de drogues injectables mentionnaient le partage d'aiguilles et d'autre matériel d'injection, et que ces partages montraient un déclin entre 1995 et 2003[32].

12

- Dans une étude de 1994 parmi les détenues d'une prison du Québec, 38 % ont déclaré s'être injecté des drogues avant leur incarcération et près de la moitié de ces femmes avaient partagé des seringues. En outre, 11 % de celles-ci ont reconnu s'être injecté des drogues au cours de leur séjour en prison et la plupart (80 %) avaient partagé des aiguilles[33].

- Dans cette même étude, 26 % des hommes détenus ont déclaré s'être injecté des drogues avant leur incarcération et près de la moitié d'entre eux avaient partagé des seringues. Et 2 % de ces répondants ont déclaré s'être injecté des drogues lors de leur séjour en prison, et la plupart (92 %) avaient partagé des aiguilles[33].

- Dans une étude faite jusqu'en septembre 2003 dans sept établissements de détention provisoire de l'Ontario, les résultats préliminaires obtenus auprès de 587 détenus nouvellement admis ont montré que 17,3 % des UDI mentionnaient le prêt de matériel d'injection usagé après avoir reçu un diagnostic de positivité au VHC[34].

- Dans l'étude VIDUS, parmi les 1 475 UDI de Vancouver recrutés entre mai 1996 et mai 2002, 76 % ont mentionné un passé d'incarcération et 31 % l'injection de drogues en prison. L'incarcération était associée de manière indépendante au partage à risque d'aiguilles pour les UDI séropositifs et séronégatifs[35].

- Dans une enquête effectuée en 2002 sur la consommation de drogues chez les élèves au Nouveau-Brunswick, moins de 1 % des élèves de 7e, 9e, 10e et 12e années s'étaient injecté des drogues au cours de l'année qui précèdait la période visée par l'étude[36].

## Commentaires

Même si plusieurs études régionales en cours au Canada recueillent des données sur les comportements à risque des UDI et si de nombreuses grandes enquêtes ponctuelles et transversales qui porte sur la prise de risques chez les UDI ont été réalisées, il est difficile, voire impossible, de comparer la fréquence des comportements à risque entre divers ensembles de données. D'une part, les méthodologies des études ont varié, et d'autre part, différents chercheurs ont colligé des données sur les comportements à risque en utilisant des questions différentes, des questions formulées différemment, des variables ou des définitions de concept différentes, des cadres temporels différents pour la communication des comportements et des catégories de réponses différentes. Il est donc difficile d'utiliser les données existantes sur les comportements à risque des UDI pour dégager des tendances ou évaluer l'efficacité des programmes et des politiques de prévention à une échelle autre que régionale ou locale.

De plus, même si les estimations nationales du VIH pour 2002 montrent une diminution du nombre de nouvelles infections attribuables à l'injection de drogues au cours de l'année, l'absence relative de données sur les tendances comportementales empêche toute interprétation fiable de cette conclusion. La création de l'enquête I-Track permettra de suivre l'évolution des comportements à risque (sexuels et relatifs à l'injection de drogues) et de recueillir des données importantes sur les tendances, qui pourraient être utilisées dans la conception des programmes de prévention et l'évaluation de l'efficacité des programmes. Ces données comportementales pourraient aussi permettre d'interpréter les changements dans la prévalence et l'incidence du VIH chez les UDI et constituer un mécanisme d'information rapide sur la propagation du VIH dans cette population. La fréquence élevée des comportements sexuels et des pratiques d'injection de drogues à risque, déclarés par les UDI dans les centres sentinelles de l'ensemble du Canada, indique que le risque de transmission du VIH dans ces populations demeure important. Il faut également surveiller les comportements de certains sous-groupes clés d'UDI, notamment les jeunes de la rue et les détenus, afin d'intervenir adéquatement en réaction à l'évolution de l'épidémie de VIH chez les UDI au Canada.

## Références


1. Geduld J, Gatali M, Remis RS, Archibald CP. *Estimates of HIV prevalence and incidence in Canada, 2002.* RMTC 2003;29(23):197-206.

2. Agence de santé publique du Canada. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance au 30 juin 2004,* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2004.

3. Santé Canada. *I-Track: Surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada.* Rapport sur l'enquête pilote, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2004.

4. Choudhri Y, Lydon-Hassen K, Hennink M et coll. *Injecting and sexual risk behaviours among injecting drug users in Canada: results of the I-Track pilot survey.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):50A(Résumé 304).

5. Données non publiées, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada.

6. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM et coll. *Unsafe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: Could safer injection rooms help?* Can Med Assoc J 2001;164(4): 405.

7. Noël L, Godin G, Alary M et coll. *Pilot study on social network of injection drug users (UDI) in shooting galleries (SG) in Québec City.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):56A(Résumé 324).

8. Morissette C, Roy E, Parent R et coll. and the SurvUDI working group. *Temporal trends in HIV incidence and risk behaviours among UDIs in the SurvUDI study 1995-2002.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):49A(Résumé 302).

9. Bédard A, Noël L, Bradet R et coll. *Drug combination among untreated illicit opiate users at the Québec City site- the OPICAN cohort at baseline.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):64A(Résumé 350P).

10. Navarro C, Leonard L. *Prevalence and factors related to public injecting among injection drug users (UDIs) in Ottawa.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):56A(Résumé 325).

11. Guenter CD, Fonseca K, Nielsen DM et coll. *HIV prevalence remains low among Calgary's needle exchange program participants.* Can J Public Health 2000;91(2):129-32.

12. Spittal PM, Craib KJP, Wood E et coll. *Risk factors for elevated HIV rates among female injection drug users in Vancouver.* Can Med Assoc J 2002;166(7):894-9.

13. Koester S. *Following the blood: syringe re-use leads to blood-borne virus transmission among injection drug users.* J AIDS Hum Retrovirol 1998;18:S139.

14. Greenfield L, Bigelow G, Brooner R. HIV risk behaviour in drug users: increased blood "booting" during cocaine injection. AIDS Educ Prev 1992;4:95-107.

15. Needle R, Coyle S, Cesari H et coll. *HIV risk behaviour associated with the injection process: multi-person use of drug injection equipment and paraphernalia in injection drug user networks.* Subst Use Misuse 1998;33: 2303-423.

16. Parent R, Alary M, Morrissette C et coll. and the SurvUDI working group. Rapport SurvUDI 2003.

17. Kuyper LM, Lampinen TM, Li K et coll. *Factors associated with sex trade involvement among male participants in a prospective study of injection drug users.* Sex Transm Infect 2004;80(6):531-5.

18. Bruneau J, Lamothe F, Soto J et coll. *Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal.* Can Med Assoc J 2001;164:767-73.

19. Brissette S, Bruneau J, Brochu S et coll. *Drug use patterns of illicit opiate users in five Canadian cities: the OPICAN study.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):51A(Abstract 308).

20. Elliott L, Blanchard J, Dawood M et coll. *The Winnipeg injection drug epidemiology (W.I.D.E.) study: a study of the epidemiology of injection drug use and HIV infection in Winnipeg, Manitoba,* Rapport final présenté à la Division de l'épidémiologie du VIH, Santé Canada, 1999.

21. Laurie ML, Green KL. *Health risks and opportunities for harm reduction among injection drug-using clients of Saskatoon's needle exchange program.* Can J Public Health 2000;91(5):350-2.

22. Siushansian J, Hay K, Findlater R et coll. *The Regina Seroprevalence Study: a profile of injection drug use in a Prairie city,* Rapport


12

préparé pour le Regina Health District, Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida, CPCMI, 2000.

23. Tyndall M. *Vancouver response: March 2001.* Présentation au Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Réunion de consultation sur les questions relatives aux données concernant les HRSH/UDI, mars 2001.

24. Dufour A, Alary M, Otis J et coll. *Risk behaviours and HIV infection among men having sexual relations with men: baseline characteristics of participants in the Omega cohort study.* Can J Public Health 2000;91(5): 345-9.

25. Brogly SB, Bruneau J, Lamothe F et coll. *HIV positive notification and behaviour changes in Montreal injection drug users.* AIDS Educ Prev 2002;14(1):17-28.

26. Coulter S, Tyndall M, Currie S et coll. *Impact of a positive HIV test on subsequent behaviours among injection drug users,* Présentation à la 9e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Montréal, Québec, avril 2000.

27. Hankins C, Gendron S, Tran T et coll. *Sexuality in Montreal women living with HIV.* AIDS CARE 1997;9(3):261-71.

28. Miller CL, Spittal P, Frankish JC et coll. *Factors associated with early initiation into injection drug use among young injection drug users.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A):65A (Résumé 352P).

29. Roy É, Haley N, Leclerc P et coll. *HIV incidence among street youth in Canada.* AIDS 2003; 17(7):1071-5.

30. Roy É, Haley N, Boudreau JF, Boivin JF. *Needle sharing among young street-based IDUs: need for targeted prevention strategies.* Can J Inf Dis 2004;15(Suppl A):Abstract 326.

31. Roy E, Haley N, Leclerc, Boivin JF. *Drug injection among street adolescents - an alarming problem.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):65A(Résumé 355P).

32. Roy E, Haley N, Leclerc et coll. *Injection drug use among street youth (SY) - trends over nine years.* Can J Infect Dis 2004;15(Suppl A): 65A(Résumé 353P).

33. Dufour A, Alary M, Poulin C et coll. *Prevalence and risk behaviours for HIV infection among inmates of a provincial prison in Quebec City.* AIDS 1996;10:1009-15.

34. Ramuscak N, Calzavara LM, Burchell A et coll. *Self-reported Hepatitis C (HCV) among Ontario inmates: preliminary results from the Ontario remand study.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):63A(Résumé 347P).

35. Wood E, Small W, Spittal P et coll. *Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a cohort of injection drug users.* Can J Infect Dis 2004; 15(Suppl A):57A(Abstract 327).

36. Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick. *Nouveau-Brunswick Student Drug Use Survey 2002 - highlights report.*

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Relations orales et risque de transmission du VIH

## *Points saillants*

- **Dans certaines études, les relations orales non protégées sont associées à l'infection à VIH.**
- **Une mauvaise santé bucco-dentaire et la présence d'autres IST peuvent accroître le risque de transmission du VIH lors de relations orales.**
- **Le risque réel de transmission du VIH par des relations orales est difficile à évaluer, car les sujets étudiés peuvent ne pas déclarer toutes les activités sexuelles qui présentent un risque élevé.**
- **Il faudrait considérer les relations orales, en particulier la fellation passive non protégée avec éjaculation, comme un comportement potentiellement à risque de transmission du VIH.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Le risque de transmission du VIH lors de relations anales et vaginales non protégées est bien documenté. Aux É.-U., les estimations de la probabilité de transmission du VIH pour chaque relation passive péno-anale avec éjaculation entre hommes homosexuels varient de 0,005 à 0,03 pendant la phase asymptomatique de l'infection[1] à 0,1 à 0,3 pendant la primo-infection à VIH[2]. Selon les analyses de données qui proviennent d'études nord-américaines et européennes sur les couples hétérosexuels de longue date, la probabilité de transmission du VIH par acte sexuel lors de relations péno-vaginales serait d'environ 0,001[3]. Toutefois, il s'est avéré plus difficile d'étudier le risque indépendant de transmission du VIH à la suite de contacts oro-génitaux et il est moins bien compris.

Une étude a calculé la probabilité de transmission du VIH par acte sexuel dans une cohorte d'hommes qui ont des relations avec d'autres hommes (HRSH) et l'a estimée à 0,82 % par acte pour les relations anales passives non protégées, à 0,06 % pour les relations anales actives non protégées et à 0,04 % pour les relations orales passives non protégées avec éjaculation[4]. C'est la seule étude disponible qui estime la probabilité de transmission par voie orale et d'autres études seraient nécessaires pour corroborer ces estimations.

Dans une autre étude, l'on a tenté de calculer la fraction étiologique du risque (FER) dans la population pour la prévalence du VIH associée à la fellation. La FER est le pourcentage de l'incidence d'une maladie (en l'occurrence, l'infection à VIH) dans une population qui est attribuable à un certain comportement à risque (en l'occurrence, la fellation). Cette étude, qui portait sur les HRSH, a montré que la FER était de 0,18 % chez les HRSH qui ont eu un partenaire au cours des six

mois précédents, de 0,25 % chez ceux en ayant eu deux et de 0,31 % chez ceux en ayant eu trois[5].

Le présent rapport fait le point sur les relations orales et le risque de transmission du VIH. Les recommandations actuelles qui concernent l'utilisation du condom lors des relations orales sont également passées en revue.

## Études en laboratoire et sur des animaux : données qui établissent un lien entre l'infection à VIH et les relations orales chez les humains

- Une étude sur des animaux a permis de démontrer que la dose minimale du virus de l'immunodéficience simienne (VIS) (virus étroitement apparenté au VIH-1) nécessaire pour infecter des singes rhésus adultes par voie orale était 6 000 fois inférieure à la dose minimale requise pour transmettre l'infection par voie rectale. Les chercheurs ont conclu qu'à l'exemple de l'exposition au VIH par voie orale chez les singes rhésus, l'exposition au VIH-1 par voie orale chez les humains comporte probablement un risque d'infection[6].

- Dans une étude en laboratoire qui visait à examiner la transmission orale du VIH par le sperme et le colostrum, des échantillons de lait humain, de colostrum, de sperme et de sang de donneurs normaux ont été combinés séparément à des échantillons de salive et de cellules sanguines infectées par le VIH. Tous les échantillons, en volumes physiologiques normaux, ont empêché la salive d'inactiver les cellules sanguines infectées par le VIH, ce qui a amené les chercheurs à conclure que le VIH présent dans le sperme, le lait et le colostrum peut se transmettre par voie orale[7].

- Dans une autre étude, on a prélevé des échantillons de tissus buccaux chez des sujets non infectés et on les a exposés à trois types de VIH. Les chercheurs ont découvert que les kératinocytes humains normaux, qui sont produits dans la bouche, peuvent être infectés par le VIH et transmettre le virus aux leucocytes adjacents. Bien que certains glycolipides produits par la bouche puissent inhiber la réplication du VIH et que l'infectiosité observée ait été plus faible que dans le plasma sanguin, les résultats confirment tout de même le risque de transmission orale potentielle du VIH[8].

- Une récente étude de recherche a permis d'évaluer la transmissibilité orale du VIH dans un système de culture d'organe *ex vivo*, en exposant des amygdales palatines humaines au sperme d'un patient séropositif au VIH et à des virus acellulaires. L'étude a établi que le VIH peut passer à travers les barrières des muqueuses pour se lier aux cellules épithéliales et que l'infection à VIH pourrait s'instaurer dans les deux situations; toutefois, l'on n'a pas pu évaluer la probabilité de transmission de l'infection[9].

### Relations orales entre hommes homosexuels : pas aussi sécuritaires qu'on ne le croyait

Plusieurs études épidémiologiques ont examiné le risque d'infection à VIH lors de relations orales passives non protégées (fellation passive).

- Dans une étude réalisée entre 1996 et 1999 sur des HRSH qui avaient reçu récemment un diagnostic d'infection à VIH, l'on a constaté que 7,8 % des sujets (huit sur 102) ont probablement été infectés lors de relations orales passives[10].

- Dans une étude prospective de l'infection à VIH et du sida chez des HRSH des Pays-Bas, réalisée entre 1986 et 1988, quatre des 102 cas de séroconversion (3,9 %) étaient probablement survenus lors de relations orales passives[11].

- Dans une étude de nouveaux cas diagnostiqués d'infection à VIH chez des hommes homosexuels, effectuée entre 1990 et 1992, six des 37 patients (16,2 %) qui

avaient été infectés dans l'année antérieure aux tests ont prétendu que la seule voie possible de leur infection était des relations orales passives[12].

Plusieurs études ont également examiné la possibilité de transmission du VIH par des relations oro-génitales actives non protégées (fellation active) ou des rapports oro-anaux actifs (anilingus actif).

- Dans une étude prospective de l'infection à VIH chez des HRSH des Pays-Bas, cinq des 102 sujets qui avaient présenté une séroconversion (4,9 %) ont pu être infectés lors de relations oro-génitales ou oro-anales actives[11].

- Dans une étude déjà ancienne de cohorte sur les HRSH, deux des cinq cas de séroconversion ont été attribués à des relations oro-génitales actives[13].

Même si l'on n'y distingue pas le type de relations orales entre HRSH, d'autres rapports ou études évoquent la possibilité d'une transmission du VIH par les contacts pénoraux/oro-anaux.

- Au R.-U., 13 cas de transmission du VIH lors de contacts oro-génitaux avaient été signalés aux autorités sanitaires en décembre 1998. Dans deux de ces cas, le médecin qui a fait la déclaration n'était pas convaincu que les contacts oro-génitaux étaient le seul facteur de risque[14].

- Dans une étude américaine qui décrit les caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la primo-infection à VIH, quatre des 46 patients ont déclaré n'avoir eu que des contacts oro-génitaux non protégés pendant les rapports sexuels soupçonnés d'avoir entraîné leur séroconversion[15].

- Dans une étude portant sur 741 HRSH des Pays-Bas, les contacts oro-génitaux ont été désignés comme un facteur de risque indépendant d'infection à VIH, même si ce résultat n'était pas statistiquement significatif[16].

- Dans une étude américaine, les hommes homosexuels qui ont participé à une étude sur l'hépatite B présentaient un risque plus élevé d'infection à VIH associé à la fois aux contacts oro-génitaux et aux rapports oro-anaux[17].

- Dans la cohorte Oméga du Québec, 10 HRSH sur 629 (1,6 %) ont présenté une séroconversion et n'ont cité que des relations passives non protégées comme voie possible d'infection[18].

- En Australie, des chercheurs qui étudient les HRSH et les comportements à risque ont découvert que cinq des 75 (6,7 %) sujets récemment séroconvertis qui ont participé à l'étude avaient vraisemblablement été infectés par des contacts oraux. Les auteurs signalent qu'il est difficile de confirmer la voie de transmission. Les sujets présentaient différents profils de risque : par exemple, un piercing du pénis chez l'un pouvait être à l'origine de la transmission, un autre souffrait de gingivite et subissait des traitements dentaires, et un autre avait des relations anales protégées[19].

**Prévalence des relations orales non protégées chez les hommes homosexuels**

- L'étude de la cohorte Oméga au Québec a examiné la prévalence des relations orales non protégées chez 400 HRSH selon l'état sérologique de leurs partenaires. Les chercheurs ont relevé des taux de relations orales non protégées de 94 % avec un partenaire habituel séronégatif, de 91 % avec un partenaire habituel dont l'état sérologique n'était pas connu et de 88 % avec un partenaire habituel séropositif. Dans le cas de partenaires occasionnels, les taux étaient de 92 % avec des partenaires dont l'état sérologique était inconnu ou négatif et de 73 % avec des partenaires séropositifs[20].

- Dans l'étude Polaris réalisée en Ontario, des chercheurs qui étudient la différence entre des séroconvertis récents et des

HRSH séronégatifs pour le VIH ont indiqué que 97 % de l'échantillon des séroconvertis (n = 62) avaient des relations orales non protégées, comme 73 % des HRSH séronégatifs (n = 121). De plus, 55 % des séroconvertis récents et 27 % des HRSH séronégatifs ont signalé une exposition à l'éjaculat au cours de relations orales non protégées[21].

Dans le Ontario Men's Survey, les chercheurs ont étudié les comportements sexuels d'HRSH dans l'ensemble de la province. Les relations sexuelles orales hasardeuses étaient courantes chez les participants. L'emploi d'un condom lors de relations sexuelles orales étaient faibles avec des partenaires sexuels habituels, de 18,1 % pour des relations orales actives et de 15,6 % pour des relations sexuelles orales passives, au cours des trois mois précédents. L'emploi d'un condom lors de relations sexuelles orales avec des partenaires occasionnels était semblable, avec 17 % d'emploi d'un condom mentionné lors de relations sexuelles orales actives et de 14,4 % lors de relations sexuelles orales passives. De plus, 40,8 % des hommes ont mentionné des relations sexuelles orales non protégées avec un partenaire dont ils ne connaissaient pas l'état sérologique, dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête[22].

## Comportements oraux à risque chez les hétérosexuels

- Dans une étude sur des jeunes filles de la rue qui s'adonnaient à la prostitution à Montréal, des chercheurs ont observé qu'un condom était très rarement utilisé au cours des relations orales. Seulement 5 % des filles qui se prostituaient et 4 % des filles qui ne se prostituaient pas utilisaient des condoms pour les fellations[23].

- Dans une étude effectuée à Montréal de 2001 à 2003 chez des jeunes de la rue (14-23 ans), les chercheurs ont examiné des jeunes de la rue de sexe masculin qui participaient à des activités sexuelles de survie (échange de faveurs sexuelles contre de l'argent, de la drogue, un abri, de la nourriture, entre autres). L'emploi d'un condom lors de relations sexuelles orales était rare, 85,7 % ont signalé avoir toujours des relations non protégées avec des clientes et 71,3 % avec des clients. Avec des partenaires sexuels non-clients, le nombre passait à 97,2 % et 84,6p. 100 respectivement[24].

## Transmission du VIH entre femmes lors des relations orales : fausseté ou réalité?

Jusqu'à présent, l'on a publié plusieurs rapports sur la transmission du VIH lors des contacts oro-génitaux entre lesbiennes (cunnilingus)[25]. Un certain nombre de chercheurs ont cependant laissé entendre que l'activité bisexuelle peut être sous-déclarée par les lesbiennes et, de ce fait, que les cas de transmission du VIH entre femmes ne sont pas tous authentiques[26].

## Transmission possible du VIH entre partenaires hétérosexuels lors de relations orales

- Dans la documentation, l'on a signalé plusieurs cas de femmes qui ont contracté l'infection à VIH après avoir eu des relations orales avec leurs partenaires masculins séropositifs (fellation passive)[27].

- Des cas d'infection chez les hommes à la suite de relations orales avec leurs partenaires féminins ont été signalés, dont un cas où un homme a été apparemment infecté lors d'une fellation par une prostituée[28,29].

- Par ailleurs, dans une étude effectuée à Madrid, sur 135 couples sérodiscordants, l'on a relevé plus de 19 000 occurrences de relations orales non protégées entre conjoints sans la moindre séroconversion, ce qui montre qu'il faudrait faire une étude plus approfondie de ce comportement[30].

## Cofacteurs potentiels de transmission du VIH pendant les relations orales

Si elle ne contient pas de sang, la salive ne présente aucun risque de transmission du virus; la recherche a en effet montré qu'une enzyme dans la salive inhibe le VIH. En général, la bouche et la gorge sont bien armées contre le VIH : la muqueuse buccale contient peu des cellules les plus réceptives au VIH[31]. D'autres recherches montrent que la salive contient plusieurs inhibiteurs du VIH, tels que des peroxydases et la thrombospondine-1, et que l'hypotonicité de la salive nuit à la transmission des leucocytes (globules blancs) infectés[32].

Des rapports de cas ont fait état de facteurs qui peuvent être associés à l'augmentation du risque de transmission du VIH lors des relations orales : traumatisme, lésions, inflammation de la bouche, infections transmises sexuellement concomitantes, éjaculation dans la bouche et immunodépression générale[14]. Dans le cas de la fellation passive, une mauvaise santé bucco-dentaire et l'éjaculation dans la bouche forment une combinaison dangereuse qui accroît le risque de transmission du VIH[33].

- Dans une étude transversale effectuée en 1996 sur des personnes qui fumaient de la cocaïne sous forme de crack, les lésions buccales étaient associées à l'infection à VIH chez les personnes qui disaient avoir des relations orales passives[34].
- Une étude de 1993 qui portait sur des travailleuses du sexe a montré que les utilisatrices de crack qui n'utilisaient pas régulièrement de condom lors des relations orales avec leurs clients étaient plus nombreuses à être infectées par le VIH que celles qui employaient toujours le condom lors des fellations[35].
- En 2000, sur les huit HRSH qui ont participé au projet Options de San Francisco, qui pouvaient avoir contracté une infection à VIH par des relations orales passives, trois ont fait état de problèmes buccaux, dont un saignement occasionnel des gencives[10].

## Relations orales et counselling sur les activités sexuelles à risques réduits : opinions qui ont cours et recommandations.

- Selon la Société canadienne du sida (SCS), la fellation active entre hommes ou entre femmes et hommes comporte un risque négligeable de transmission du VIH, que l'on utilise ou non le condom. La fellation passive entre hommes ou entre hommes et femmes présente un risque négligeable si un condom est utilisé ou un faible risque en l'absence de condom (qu'il y ait ou non éjaculation dans la bouche). La SCS émet actuellement la mise en garde suivante : le risque de transmission lors d'une fellation passive augmente s'il y a des lésions ou des plaies dans la bouche[36].
- Pour ce qui est du cunnilingus actif entre hommes et femmes ou entre deux femmes, la SCS considère que cette pratique comporte un risque négligeable de transmission du VIH, si une méthode de barrière est utilisée, et un faible risque si aucune barrière n'est employée (peu importe la période dans le cycle menstruel). Le cunnilingus passif entre hommes et femmes ou entre deux femmes présente un risque négligeable de transmission du VIH[36].
- L'anilingus actif et passif, avec ou sans barrière, entre partenaires du même sexe ou du sexe opposé, comporte, selon la SCS, un risque négligeable de transmission du VIH[36].
- La SCS souligne que le risque de transmission du VIH (ou d'autres IST) lors de tous ces types de relations orales peut être réduit efficacement si l'on utilise comme il convient une barrière en latex (condom ou digue dentaire) et recommande donc d'éviter les contacts orogénitaux ou oro-anaux non protégés[36].

## Conclusions

Le risque de transmission du VIH lors des relations orales est difficile à évaluer parce que

les personnes qui présentent une séroconversion peuvent ne pas déclarer toutes leurs autres pratiques sexuelles à risque élevé. Un examen de la documentation a montré que l'exposition au VIH lors des relations non protégées est un facteur de risque indépendant d'acquisition du VIH dans seulement trois (12,5 %) des 24 études épidémiologiques qui visaient à examiner le risque d'infection à VIH associé à différentes expositions sexuelles[37]. Il ressort donc que le rôle des relations orales dans la transmission du VIH résulte de l'interaction complexe de plusieurs variables : la fréquence relative des relations orales (entre autres activités), l'infectivité des sécrétions orales et sa modification par les pathologies bucco-dentaires et la résistance à l'infection associée aux substances inhibitrices dans la salive[37]. L'incidence et la prévalence du VIH dans la collectivité, le rôle du traitement antirétroviral et l'importance des précautions prises par les personnes exercent également une influence[37].

Bien que les relations orales comportent un plus faible risque que les relations anales ou vaginales non protégées, des expositions répétées peuvent accroître le risque. Le risque d'être infecté par le VIH lors de relations orales est faible, mais la plus grande fréquence de cette pratique indique qu'elle pourrait contribuer à une forte proportion de cas d'infection parmi les HRSH. Dans le contexte des pratiques sexuelles à risques réduits, il faut considérer les relations orales, en particulier la fellation passive non protégée avec éjaculation, comme un comportement qui présente un risque potentiel de transmission du VIH.

13

## Références


1. DeGruttola V, Seage GR III, Mayer KH, Horsburgh CR. *Infectiousness of HIV between male homosexual partners.* J Clin Epidemiol 1989;42(9):849-56.

2. Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM Jr. *Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts.* J Acquir Immune Defic Syndr 1994;7(11): 1169-84.

3. Mastro TD, de Vincenzi I. *Probabilities of sexual HIV-1 transmission.* AIDS 1996; 10(Suppl A):S75-S82.

4. Vittinghoff E, Douglas J, Judson F et coll. *Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners.* Am J Epidemiol 1999;150(3):306-11.

5. Page-Shafer K, Shiboski CH, Osmond DH et coll. *Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men.* AIDS 2002;16(17):2350-2.

6. Baba TW, Trichel AM, An L et coll. *Infection and AIDS in adult macaques after non-traumatic oral exposure to cell-free SIV.* Science 1996; 272(5267):1486-9.

7. Baron S, Poast J, Richardson J et coll. *Oral transmission of human immunodeficiency virus by infected seminal fluid and milk: a novel mechanism.* J Infect Dis 2000;181(2): 498-504.

8. Liu X, Zha J, Chen H et coll. *Human immunodeficiency virus type 1 infection and replication in normal human oral keratinocytes.* J Virol 2003;77(6):3470-6.

9. Maher D, Wu X, Schacker T et coll. *A model system of oral HIV exposure, using human palatine tonsil, reveals extensive binding of HIV infectivity, with limited progression to primary infection.* J Infect Dis 2004 Dec 1; 190(11):1989-97.

10. Dillon B, Hecht FM, Swanson M et coll. *Primary HIV infections associated with oral transmission.* 7e Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, San Francisco, 30 janvier-2 février, 2000 (Résumé 473).

11. Keet IP, Albrecht van Lent N, Sandfort TG et coll. *Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men.* AIDS 1992; 6(2):223-6.

12. Grutzmeir S, Bratt G, Ramstedt G et coll. *HIV transmission in gay men in Stockholm 1990-1992.* Conférence internationale sur le sida, 1993 (Résumé PO-CO2-2584).

13. Rozenbaum W, Gharakhanian S, Cardon B et coll. *HIV transmission by oral sex.* Lancet 1988; 1(8599):1395.

14. Robinson EK, Evans BG. *Oral sex and HIV transmissions.* AIDS 1999;13(6):737-8.

15. Schacker T, Collier AC, Hughes J et coll. *Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection.* Ann Intern Med 1996;125(4):257-64.

16. Van Griensven GJP, Tielman RAP, Goudsmit J et coll. *Risk factors and prevalence of HIV antibodies in homosexual men in the Netherlands.* Am J Epidemiol 1987;125(6): 1048-57.

17. Darrow WW, Echenberg DF, Jaffe HW et coll. *Risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) infections in homosexual men.* Am J Public Health 1987;77(4):479-83.

18. Alary M, Remis RS, Otis J et coll., the Omega Study Group. *Risk factors for HIV seroconversion among men having sex with men (MSM) in Montreal.* Can J Infect Dis 2002; 13(Suppl A):46A.

19. Richters J, Grulich A, Ellard J et coll. *HIV transmission among gay men through oral sex and other uncommon routes: case series of HIV seroconverters, Sydney.* AIDS 2003; 17(15):2269-71.

20. Remis RS, Dufour A, Alary M et coll., the Omega Study Group. *Patterns of oral sex among men who have affective and sexual relations with other men (MASM) in Montreal, Quebec.* Can J Infect Dis 1998;9(Suppl A):31A(Résumé 210).

21. Calzavara L, Burchell AN, Remis RS et coll. *Delayed application of condoms is a risk factor for human immunodeficiency virus infection among homosexual and bisexual men.* Am J Epidemiol 2003;157(3):210-7.

22. Myers T, Allman D et coll. *Ontario Men's Survey.* University of Toronto. HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, 2004.

23. Weber AE, Boivin JF, Blais L et coll. *HIV risk profile and prostitution among female street youths.* J Urban Health 2002;79(4):525-35.

24. Haley N, Roy E, Leclerc P et coll. *HIV risk profile of male street youth involved in survival sex.* Sex Transm Infect 2004 Dec;80(6):526-30.

25. Perry S, Jacobsberg L, Fogel K. *Orogenital transmission of human immunodeficiency virus.* Ann Intern Med 1989;111(11):951-52.

26. Edwards S, Carne C. *Oral sex and the transmission of viral STIs.* Sex Transm Infect 1998;74(1):6-10.

27. PuroV, Narciso P, Girardi E et coll. *Male to female transmission of human immunodeficiency virus by orogenital sex.* Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1991;10(1):47.

28. Spitzer PG, Weiner NJ. *Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex.* N Engl J Med 1989;320(4):251.

29. Quarto M, Germinario C, Troiano T et coll. *HIV transmission by fellatio.* Eur J Epidemiol 1990;6(3):339-40.

30. Del Romero J, Marincovich B, Castilla J et coll. *Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex.* AIDS 2002;16(9):1296-7.

31. Reucroft S, Swain J. *Saliva thwarts HIV.* New Scientist 1998;157(2117):23.

32. Baron S. *Oral transmission of HIV, a rarity: emerging hypotheses.* J Dent Res 2001; 80(7):1602-4.

33. Sayler D. *Oral oversights.* Surviv News (Atlanta, Ga) Nov 10, 2001.

34. Faruque S, Edlin BR, McCoy CB et coll. *Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods.* J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1996;13(1):87-92.

35. Wallace JI, Weiner AP. *Intravenous drug use, inconsistent use, and fellatio in relationship to crack smoking as risky behaviour for acquiring HIV among streetwalkers, New York City, April 1989-December 1993.* HIV Infected Women's Conference, February 22-24, 1995 (Résumé S62).

36. Société canadienne du sida. *HIV transmission: guidelines for assessing risk: a resource for educators, counsellors, and health care providers,* Ottawa, CAS, 1999.

37. Rothenberg RB, Scarlett M, Del Rio C et coll. *Oral transmission of HIV.* AIDS 1998;12(16): 2095-105.

13

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**13**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# La surveillance des souches de VIH-1 au Canada

## *Points saillants*

- **Le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH (programme SSR) surveille et évalue les souches de VIH et la transmission de la pharmacorésistance chez les personnes qui ont récemment reçu un diagnostic et qui sont non traitées au Canada.**
- **Bien que la souche B du VIH-1 continue de prédominer au Canada (89,9 % des échantillons analysés), on a aussi identifié une grande variété de souches autres que B (10,1 % des échantillons analysés).**
- **D'après les résultats du programme SSR, la probabilité d'une infection par une souche autre que B était plus grande chez les personnes d'origine africaine ou antillaise, par comparaison aux personnes de race caucasique, et plus grande chez les personnes qui ont des relations hétérosexuelles en comparaison des relations sexuelles entre hommes, comme principale exposition au risque.**
- **Les variations des souches VIH peuvent jouer un rôle en changeant la nature de l'épidémie de VIH au Canada. Il est donc important de mettre en œuvre une collecte systématique et une analyse des données relatives à la surveillance dans l'ensemble du pays.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

L'on a caractérisé deux types de VIH chez les humains, le VIH-1 et le VIH-2. Le VIH-2 est moins répandu que le VIH-1 et il est surtout présent en Afrique occidentale. Ces deux types peuvent causer le sida et les différences dans leur transmission et leurs caractéristiques biologiques sont bien documentées[1]. Mais le VIH-1 est le principal responsable de la pandémie de sida. Le VIH-1 peut être divisé en trois grands groupes : M (majeur), O (outlier) et N (nouveau)[2]. La grande majorité des souches de VIH se retrouve dans le groupe M, qui est classifié en trois sous-types (A-D, F-H, J et K), sous-sous-types, ainsi qu'en formes recombinantes en circulation (p. ex. AB)[3-5].

D'après le Réseau de l'OMS-ONUSIDA pour l'isolation et la caractérisation du VIH, en 2000, 47,2 % des infections diagnostiquées dans le monde étaient causées par le sous-type C du VIH-1[6]. Ce sous-type est prédominant en Inde, dans le sud de l'Afrique et en Éthiopie. Le sous-type du VIH-1 (y compris les formes recombinantes en circulation AE et AG), le deuxième sous-type le plus couramment décelé, représentait 30 % des infections diagnostiquées dans le monde. Les sous-type A et la forme recombinante AG sont prédominantes en Afrique occidentale et centrale, alors que la forme recombinante AG se trouve plus couramment en Thaïlande, en Chine, aux Philippines et en Afrique centrale. D'autres formes recombinantes représentaient 18 % des infections diagnostiquées. Généralement, le sous-type B du VIH-1 était responsable de 12,3 % des infections diagnostiquées dans le monde, avec une prédominance au Canada, aux É.-U. et en Europe de l'Ouest. Toutefois, du fait des voyages et des migrations, l'on signale de plus en plus de sous-types autres que B dans ces parties du monde. L'on découvre constamment d'autres sous-types et formes recombinantes, surtout du fait des voyages et des migrations de population[7].

La présente section des *Actualités en épidémiologie* décrit les raisons pour lesquelles la surveillance des souches du VIH est importante et résume les activités de surveillance des souches de VIH au Canada, décelées par le Programme canadien de la surveillance des souches et de la résistance aux médicaments qui ont trait au VIH.

## Pourquoi surveiller les souches de VIH?

Le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH a commencé comme un ensemble intégré de projets qui visait à améliorer la surveillance nationale du VIH. Grâce à la collaboration des provinces et de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), des échantillons de laboratoire (sérum de personnes chez lesquelles on a nouvellement diagnostiqué l'infection à VIH et qui n'ont pas été traitées) et les données épidémiologiques correspondantes sont transmis par les laboratoires provinciaux de santé à l'ASPC, pour que celle-ci caractérise les souches de VIH et en évalue la pharmacorésistance. Les résultats sont ensuite communiqués aux parties intéressées, provinciales et autres. Un des principaux objectifs de ce programme est d'exercer une surveillance systématique des sous-types de VIH au Canada en vue d'atteindre les quatre principaux objectifs qui suivent.

1. **Améliorer le diagnostic et les stratégies de dépistage du VIH**

   En raison de la grande diversité génétique du VIH, les tests diagnostiques ne peuvent pas toujours détecter de manière fiable les différentes souches de VIH en circulation. La section sentinelle du programme SSR, par l'entremise des services de référence des laboratoires nationaux du VIH et de rétrovirologie, s'occupe de cet objectif en analysant les échantillons dont les résultats de test sont inhabituels. D'après la connaissance des souches de VIH en circulation, on peut modifier les tests en cours, afin de s'assurer que l'on détecte toutes les personnes séropositives au moment du dépistage. Ce processus est également pertinent pour garantir la sûreté des réserves de sang, puisque les tests de dépistage utilisés dans les dons de sang devraient permettre de détecter les variants du VIH en circulation.

2. **Faciliter la mise au point de vaccins**

   Il est important de connaître la distribution des sous-types viraux et les variations à l'intérieur des sous-types, afin de mieux cibler les activités de mise au point de vaccins et les analyses, étant donné que l'efficacité réelle et potentielle des vaccins peut dépendre du sous-type[8].

3. **Évaluer les tendances relatives à la transmission du VIH**

   Bien que l'on ait eu recours à des analyses génétiques pour évaluer la propagation du VIH dans le monde, l'on s'entend peu sur l'effet des différences dans le sous-type de VIH sur les taux de transmission[12-15] sexuelle[9-11] et maternelle. Certaines études font état de différences dans les propriétés biologiques de sous-types de VIH-1[11,14,16]. Le fait de connaître la distribution des variants du VIH au Canada, ainsi que les facteurs épidémiologiques correspondants, aidera à évaluer les répercussions des différences sur la transmissibilité. Les conséquences de ces observations pour la santé publique, dont les stratégies de prévention et de traitement, présentent un grand intérêt.

4. **Évaluer la pathogenèse de l'infection à VIH et la progression des maladies associées au virus**

   Même si le taux de progression des maladies associées au VIH dépend de nombreux facteurs, dont les facteurs reliés à l'hôte, les données semblent indiquer que les réactions immunitaires peuvent être moins affaiblies par le VIH-2 que par le VIH-1[16-18], ce qui demande des éclaircissements. Alors que certaines études semblent permettre de démontrer que les sous-types génétiques jouent un rôle dans la progression de la maladie, d'autres permettent de soutenir le contraire. Tatt[8] et Hu[9] et leurs collègues ont examiné bon nombre de ces études. Dernièrement, alors que les preuves

**Tableau 1. Distribution des sous-types de VIH-1**

| Sous-type de VIH-1 | Fréquence | Pourcentage |
|---|---|---|
| B | 1 934 | 89,9 |
| C | 124 | 5,6 |
| A | 24 | 1,1 |
| AE* | 19 | 0,9 |
| AG | 19 | 0,9 |
| AD | 12 | 0,6 |
| D | 6 | 0,3 |
| BD | 4 | 0,2 |
| AB | 2 | 0,09 |
| AC | 1 | 0,05 |
| B/AG | 1 | 0,05 |
| BC | 1 | 0,05 |
| F | 1 | 0,05 |
| G | 1 | 0,05 |
| K | 1 | 0,05 |
| K/AE | 1 | 0,05 |
| K/AG | 1 | 0,05 |
| Total | 2 152 | 100 |

*Le sous-type recombinant A/E a également été appelé sous-type E.

actuellement fournies suggèrent que les médicaments antirétroviraux présentement offerts sont également efficaces contre tous les sous-types de VIH, certains sous-types et virus de quelques régions géographiques peuvent avoir une propension plus élevée à développer une résistance contre des médicaments antirétroviraux spécifiques[20,21].

## Distribution des sous-types de VIH-1 au Canada

- En 1995, l'on a signalé pour la première fois le sous-type A du VIH-1 chez une personne d'origine africaine[22].
- L'on a détecté le HIV-2 au Canada dès 1988[23].
- Les résultats du programme SSR montrent que, même si le sous-type B du VIH continue de prédominer, 10,1 % de la population échantillonnée ($n$ = 2 152) étaient cependant infectés par des sous-types non B (voir au tableau 1 la distribution de sous-types).
- Les résultats du programme SSR semblent indiquer qu'une importante proportion des personnes infectées par un sous-type du VIH-1 autre que B sont des femmes (en comparaison des hommes), sont plus âgées lors du diagnostic initial, sont d'origine africaine ou antillaise ou sont des descendants de race mixte (par comparaison avec des personnes de race caucasique) et mentionnent des relations hétérosexuelles comme leur principal facteur de risque (en comparaison des relations d'homme à homme).

## Commentaires

L'introduction de variants des souches du VIH au Canada est probablement en rapport avec les voyages et les types de migration des régions du monde dans lesquelles les souches non B du VIH-1 prédominent. L'accroissement de la diversité du VIH remettra inévitablement en question les tests diagnostiques et les algorithmes d'interprétation existants. Selon les effets que les souches auront sur l'efficacité réelle et théorique des vaccins, l'orientation des recherches et des tests futurs dans le domaine des vaccins pourrait s'en trouver modifiée. De plus, selon les découvertes qui seront faites au sujet de la transmissibilité, de la pathogénicité et du traitement spécifique de chaque souche, la variation des souches de VIH pourrait contribuer à changer la nature de l'épidémie au Canada. Il est donc important d'entreprendre la collecte et l'analyse systématique des données qui proviennent de la surveillance des souches au Canada.

## Références


1. De Cock KM, Adjorlolo G, Ekpini E et coll. *Epidemiology and transmission of HIV-2. Why there is no HIV-2 pandemic.* JAMA 1993;270: 2083-6.
2. Simon F, Mauclere P, Roques P et coll. *Identification of a new human immunodeficiency virus type distinct from group M and group O.* Nature 1996;4:1032-7.
3. Robertson DL, Anderson JP, Bradac JA et coll. *HIV-1 nomenclature proposal.* Science 2000; 288(5463):55-6.


14

4. McCutchan FE. *Understanding the genetic diversity of HIV-1.* AIDS 2000; 14:S31-44.

5. Peeters M, Sharp PM. *Genetic diversity of HIV-1:* the moving target. AIDS 2000;14:S129-40.

6. Osmanov S, Pattou C, Walker N et coll. *Estimated global distribution and regional spread of HIV-1 genetic subtypes in the year 2000.* J Acquir Immune Syndr 2002; 29 :184-90.

7. Perrin L., Kaiser L., & Yerly S. *Travel and the spread of HIV-1 genetic variants.* Lancet 2003;3:22-7.

8. Tatt ID, Barlow KL, Nicoll A et coll. *The public health significance of HIV-1 subtypes.* AIDS 2001;15(Suppl 5):S59-S71.

9. Kanki PJ, Travers KU, Mboup S et coll. *Slower heterosexual spread of HIV-2 than HIV-1.* Lancet 1994;343:943-6.

10. Mastro TD, de Vincenzi I. *Probabilities of sexual HIV-1 transmission.* AIDS 1996;10 (suppl A):S75-82.

11. Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK et coll. *HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand.* Lancet 1995;345(8957):1078-83.

12. Adjorlolo-Johnson G, De Cock KM, Ekpini et coll. *Prospective comparison of mother-to-child transmission of HIV-1 and HIV-2 in Abidjan, Ivory Coast.* JAMA 1994;272(6):462-6.

13. Shaffer N, Roongpisuthipong A, Siriwasin W et coll. *Maternal viral load and perinatal human immunodeficiency virus type 1 subtype E transmission, Thailand.* J Infect Dis 1999;179: 590-9.

14. Renjifo B, Fawzi W, Mwakagile D et coll. *Differences in perinatal transmission among human immunodeficiency virus type 1 genotypes.* J Hum Virol 2001;4(1):16-25.

15. Renjufi B, Gilbert P, Chaplin B et coll. *Preferential in-utero transmission of HIV-1 subtype C compared to HIV-1 subtype A or D.* AIDS 2004;18(12):1629-36

16. Hu DJ, Vanichseni S, Mastro TD et coll. *Viral load differences in early infection with two HIV-1 subtypes.* AIDS 2001;15(6):683-91.

17. Pepin J, Morgan G, Dunn D et coll. *HIV-2 induced immunosuppression among asymptomatic West African prostitutes: evidence that HIV-2 is pathogenic, but less so than HIV-1.* AIDS 1991;5:1165-72.

18. Whittle H, Morris J, Todd J et coll. *HIV-2 infected patients survive longer than HIV-1 infected patients.* AIDS 1994;6:803-7.

19. Hu DJ, Buve A, Baggs J et coll. *What role does HIV-1 subtype play in transmission and pathogenesis? An epidemiological perspective.* AIDS 1999;13:873-81.

20. Wainberg MA. *HIV subtype distribution and the problem of drug resistance.* AIDS 2004; 18(suppl 3):S63-S68.

21. Kantor R, Katzenstein D. *Drug resistance in non-B HIV-1.* J. Clin. Virol. 2004;29:152-9.

22. Montpetit M. *HIV-1 subtype A in Canada.* AIDS Res Hum Retroviruses 1995;11(11):1421-2.

23. Neumann PW, Lepine D, Woodside M et coll. *HIV-2 infection detected in Canada.* Can Dis Wkly Rep 1988;14(28):125-6.


## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**

**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Résistance primaire aux antirétroviraux contre le VIH au Canada

## *Points saillants*

- **Le Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments ayant trait au VIH (programme SSR) surveille et évalue les souches de VIH et la transmission de la pharmacorésistance chez les personnes ayant récemment reçu un diagnostic et non traitées au Canada.**
- **Les observations préliminaires du programme SSR qui concernent la résistance aux médicaments anti-VIH dans des cas nouvellement diagnostiqués et non traités au Canada (pharmacorésistance primaire) sont les suivantes :**
  - **la prévalence générale de la pharmacorésistance primaire à au moins un antirétroviral est de 8,6 %;**
  - **la prévalence générale de la multirésistance à deux ou à plusieurs classes d'antirétroviraux s'élève à 1,4 %;**
  - **l'on a observé une pharmacorésistance primaire chez les femmes et les hommes de différents groupes d'âge, groupes ethniques et catégories d'exposition, parmi les infections du sous-type C du VIH-1 et du sous-type recombinant et parmi les cas d'infection récents et anciens.**
- **La prévalence de la pharmacorésistance primaire est semblable à celle observée dans d'autres pays où le traitement antirétroviral hautement actif (HAART) est répandu.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

La pharmacorésistance chez les patients qui subissent un traitement (pharmacorésistance secondaire) est bien documentée. L'on comprend moins bien la résistance observée dans les cas nouvellement diagnostiqués d'infection à VIH, qui n'ont jamais reçu de traitement, causée probablement par la transmission d'un variant pharmacorésistant du VIH-1 (pharmacorésistance primaire). Mais de plus nombreuses données montrent que la transmission de souches pharmacorésistantes de VIH est de plus en plus fréquente dans la plupart des pays où le HAART est utilisé. Au Canada, il y a actuellement 19 antirétroviraux approuvés ou en voie de l'être pour le traitement de l'infection à VIH-1[1]. La résistance aux médicaments complique le traitement de l'infection à VIH, a des répercutions importantes sur la morbidité et la mortalité associées au VIH et peut entraîner une augmentation du coût des soins de santé.

### Pharnacorésistance chez des personnes traitées

Au Canada et aux États-Unis, la prévalence de la pharmacorésistance parmi les personnes traitées (appelée aussi pharmacorésistance secondaire), infectées par le sous-type B du VIH-1, peut atteindre 78 %[2]. Le développement de la résistance à ces médicaments résulte d'une combinaison de l'échec d'un traitement virologique et d'une suppression virale incomplète. Compte tenu de l'importante documentation et des données subséquentes qui proviennent de personnes traitées, infectées par le sous-type B du VIH-1, les modèles des mutations associées à la résistance à des médicaments spécifiques sont devenus de plus en plus reconnaissables, ce qui rend possible de recommander des régimes de traitement de substitution; toutefois, ces données ne sont généralement pas disponibles pour des sous-types autres que B.

### Pharnacorésistance chez des personnes non traitées

L'on pense que la détection des mutations associées à la pharmacorésistance dans les cas nouvellement diagnostiqués de personnes non traitées (dénommée aussi pharmacorésistance primaire) est le résultat de la transmission de la pharmacorésistance en provenance d'une personne traitée. Plusieurs études en Europe et aux États-Unis ont fait état de mutations associées à une pharmacorésistance qui va jusqu'à 20 % des infections à VIH-1 non traitées, précoces ou aiguës[3-7]; cependant l'on ne connaît généralement que peu de choses au sujet des mutations associées à la pharmacorésistance dans les sous-types B. De récentes études suggèrent que les différences génotypiques entre les sous-types B et non B peuvent conduire à la désignation de mutations non décelées antérieurement, associées à la pharmacorésistance dans des sous-types autres que B, ainsi qu'aux différences dans les résultats à long terme des thérapies antirétrovirales[8-9]. L'on ne comprend pas bien non plus les tendances associées au fil du temps.

La présente section des *Actualités en épidémiologie* donne un aperçu sommaire de la façon dont se produit une résistance aux médicaments, de la façon dont celle-ci est détectée et des études clés sur la prévalence de la pharmacorésistance primaire dans des pays où l'on a couramment recours au HAART.

## Pourquoi exercer une surveillance de la pharmacorésistance primaire?

Bien que le HAART ait contribué à réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH-1 au Canada et dans certains autres pays, l'on craint que son usage généralisé et que l'augmentation du nombre d'échecs thérapeutiques et de la persistance des comportements à risque ne finissent par entraîner un accroissement de la transmission de virus pharmacorésistants. Le premier cas de pharmacorésistance primaire a été signalé en 1993, avec la transmission d'une souche de VIH-1 résistante à la zidovudine[10]. Depuis, de nombreux rapports de transmission de souches de VIH pharmacorésistantes ont été publiés et de plus en plus de données montrent que la proportion de nouvelles infections à VIH qui comportent des souches pharmacorésistantes peut s'accroître dans les pays où le HAART est couramment administré.

Ce que l'on comprend moins bien, c'est le taux de prévalence de la pharmacorésistance et la variation de cette prévalence avec le temps, selon les régions géographiques et les groupes à risque. Le programme SSR vise à résoudre ces questions et les renseignements ainsi obtenus contribueront à orienter l'élaboration de lignes directrices en ce qui concerne les régimes thérapeutiques initiaux et de stratégies plus efficaces de prévention de l'infection à VIH, y compris de prévention de la transmission verticale.

## Évolution de la pharmacorésistance

La résistance virale se développe en grande partie du fait de changements (mutations) dans le matériel génétique qui encode les enzymes transcriptase inverse (TI) et protéase du VIH. Ces deux enzymes sont essentielles à la reproduction du virus et les antirétroviraux actuels interagissent avec elles en vue d'inhiber leur activité. Bien que l'on élabore continuellement de nouveaux médicaments, les antirétroviraux déjà homologués pour le traitement de l'infection à VIH qui sont le plus couramment employés se divisent en trois catégories : les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI), les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI) et les inhibiteurs de la protéase (IP).

La plupart des mutations sont létales ou neutres et ne sont pas associées à la création d'une pharmacorésistance. Toutefois, dans des conditions où un traitement n'inhibe pas complètement la réplication virale, un virus porteur de mutations pharmacorésistantes peut se développer et se répliquer, ce qui entraîne un échec thérapeutique. De façon générale, il est théoriquement possible que chaque mutation unique de résistance à un

médicament se produise tous les jours. Dans le cas de certains médicaments (p. ex., les INNTI), une mutation unique est associée à un haut niveau de résistance.

## Méthodes de détection de la pharmacorésistance

Les *tests génotypiques* permettent de détecter les mutations dans le matériel génétique du virus à l'aide de sondes commerciales spécifiques pour des mutations particulières ou d'un séquençage des gènes du virus en question. En comparant les séquences produites avec des bases de données qui contiennent des algorithmes pour les mutations associées à une résistance, l'on peut déterminer si une pharmacorésistance est présente ou absente.

Les *tests phénotypiques* déterminent l'activité enzymatique des gènes d'un virus ou évaluent la croissance virale dans des concentrations de plus en plus fortes de médicaments. L'on parle habituellement de résistance lorsque, par rapport à la souche de type sauvage, il faut quatre fois ou plus d'un médicament pour inhiber la croissance virale de 50 %. Ce test est identique à l'étude de la résistance aux antibiotiques dans les cultures bactériennes.

*Note : Les tests génotypiques et phénotypiques et leur interprétation clinique sont des domaines en constante évolution et extrêmement complexes, qui requièrent la consultation d'experts.*

## Résumé des principales études sur la prévalence de la pharmacorésistance

Le tableau 1 illustre les résultats obtenus par plusieurs études canadiennes; il faut toutefois remarquer qu'il est difficile de faire des comparaisons entre les études et d'en arriver à une conclusion bien établie, à cause des différences dans le modèle des études, dont les populations étudiées, les types de tests de détection de la résistance utilisés et les mutations étudiées et signalées.

Le tableau 2 résume les résultats d'études sur la pharmacorésistance primaire, qui ont été effectuées aux États-Unis et en Europe de l'Ouest. Il convient de noter que ce tableau ne vise pas à effectuer des comparaisons entre les études, puisqu'il est difficile d'interpréter les données en raison de différences dans le modèle des études, notamment en ce qui concerne les populations étudiées, les types de tests de détection de la résistance utilisés et les mutations analysées et signalées. Les résultats semblent indiquer que la prévalence des mutations majeures associées à au moins un antirétroviral est à peu près la même dans ces pays qu'au Canada. Il convient de rappeler que des cas de transmission mère-enfant de souches de VIH-1 résistantes à la zidovudine, à la névirapine ou de résistance pléiotrope ont été signalés aux É.-U. et en France[16-17].

**Tableau 1. Résumé des principales études sur la pharmacorésistance primaire au VIH-1 au Canada**

| Province* | Année du diagnostic | Expositions à risque** | Taille de l'échantillon | ITI† % | IP‡ % | RP¶ % | Total % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.-B.[11] | 1996-1998 | Mixtes | 423 | 1,9 | 1,9 | 0,2 | 3,5 |
| QC[12] | 1997-1999 | UDI (26 %)<br>Relations sexuelles (69 %) | 81 | 20 | 6 | 9,9 | - |
| QC[13] | 1997 | Mixtes | 50 | 12 (INTI)<br>0 (INNTI) | 5 | ~5 | - |
| | 1998 | | 42 | 6 (INTI)<br>0 (INNTI) | 0 | 0 | - |
| | 1999 | | 17 | ~18 (INTI)<br>~14 (INTI) | ~18 | ~12 | - |
| | 2000 | | 18 | ~12 (INTI)<br>~6 (INNTI) | ~6 | ~5 | - |
| | 2001 | | 18 | 0 (INTI)<br>0 (INNTI) | ~6 | 0 | - |
| | 2002 | | 18 | 0 (INTI)<br>~6 (INNTI) | 0 | 0 | - |
| | 2003 | | 17 | 0 | 0 | 0 | - |
| ON[14] | 1997-1999 | HRSH | 23 | 13 | - | - | - |
| C.-B., Alb., Sask., Man., N.-É.[15] | 1997 | Mixtes | 38 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1998 | | 86 | 3.5 (INTI) | 1,2 | 0 | 4,7 |
| | 1999 | | 325 | 5.5 (INTI)<br>0.3 (INNTI) | 1,5 | 0,9 | 8,2 |
| | 2000 | | 415 | 4.1 (INTI)<br>0.5 (INNTI) | 1,2 | 0,7 | 6,5 |
| | 2001 | | 340 | 4.7 (INTI)<br>2.4 (INNTI) | 1,8 | 1,2 | 10,1 |
| | 2002 | | 160 | 1.2 (INTI)<br>1.9 (INNTI) | 4,4 | 1,9 | 9,4 |
| | 2003 | | 192 | 4.2 (INTI)<br>2.6 (INNTI) | 4,2 | 0,5 | 11,5 |

*C.-B. = Colombie-Britannique, Qc = Québec, Ont. = Ontario, Alb. = Alberta, Sask. = Saskatchewan, Man. = Manitoba, N.-É. = Nouvelle-Écosse.

**L'addition des proportions signalées peut ne pas équivaloir à 100 %, car les catégories d'exposition à risque peuvent ne pas s'exclure mutuellement. UDI = Utilisateurs de drogues injectables, HRSH = Hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

†ITI = Inhibiteurs de la transcriptase inverse, INTI = Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, INNTI = Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. Des renseignements sur les INTI et les INNTI sont fournis lorsque c'est possible.

‡IP = Inhibiteurs de la protéase

¶RP = résistance pléiotrope

**Tableau 2. Résumé des principales études sur la pharmacorésistance primaire du VIH-1 aux États-Unis et en Europe de l'Ouest**

| Pays | Année du diagnostic | Expositions à risque* | Taille de l'échantillon | ITI** % | IP† % | RP‡ % | Total¶ % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| États-Unis[5] | 1989-1998 | HRSH (80 %) | 141 | 0,7 (INNTI) | 1,4 | 1,4 | 2,1 |
| États-Unis[4] | 1995-1999 | HRSH (94 %) | 80 | 12,5 (INTI)<br>7,5 (INNTI) | 3 | 3,8 | 16,3 |
| États-Unis[18] | 1997-2001 | Mixtes | 1 082 | 6,4 (INTI)<br>1,7 (INNTI) | 1,9 | 1,3 | 8,3 |
| États-Unis[19] | 1998 | Mixtes | 238 | 3,4 (INTI)<br>0,4 (INNTI) | 0 | 0 | 3,8 |
| | 1999 | | 240 | 8,3 (INTI)<br>2,1 (INNTI) | 1,7 | 1,7 | 10 |
| | 2000 | | 245 | 6,9 (INTI)<br>1,2 (INNTI) | 2 | 1,2 | 9 |
| États-Unis (et certains échantillons du Canada)[3] | 1995-1998 | HRSH | 377 | 8,5 (INTI, n = 213)<br>1,7 (INNTI, n = 176) | 0,9 (n = 213) | 3,8 (n = 213) | 8 |
| | 1999-2000 | | | 15,9 (INTI, n = 82)<br>7,3 (INNTI, n = 82) | 9,1 (n = 88) | 10,2 (n = 88) | 22,7 |
| Allemagne[20] | 1996-1998 | Mixtes | 64 | 6,3 (INTI)<br>3,1 (INNTI) | 1,6 | 1,6 | 12,5 |
| France[21] | 1995-1998 | Mixtes | 48 | 16,6 | 2 | - | - |
| France[22] | 1999-2000 | Mixtes | 251 | 7,6 (INTI)<br>4,0 (INNTI) | 5,2 | 4,8 | - |
| Espagne[23] | 1996-1998 | Mixtes | 68 | 16,2 | 6 | 4,4 | - |
| Espagne[24] | 1997-1999 | Mixtes | 31 | 16,1 | 9,7 | 0 | 25,8 |
| | 2000-2001 | Mixtes | 21 | 0 | 4,8 | 0 | 4,8 |
| Suisse[25] | 1996 | Mixtes | 193 | 5,6 | 3 | - | 8,6 |
| | 1997 | | | 6,9 | 7,7 | - | 14,6 |
| | 1998 | | | 6,8 | 2 | - | 8,8 |
| | 1999 | | | 3,1 | 1,9 | - | 5 |
| Suisse[26] | 1999-2001 | Mixtes | 200 | 6,5 (INTI)<br>0,5 (INNTI) | 1 | 1,5 | 10 |
| Royaume-Uni[27] | 1996-1997 | Mixtes | 310 | 9 (INTI)<br>1 (INNTI) | 1 | 1 | 10 |
| | 1998 | Mixtes | 306 | 8 (INTI)<br>1 (INNTI) | 2 | 1 | 9 |

**Tableau 2. Résumé des principales études sur la pharmacorésistance primaire du VIH-1 aux États-Unis et en Europe de l'Ouest *(suite)***

| Pays | Année du diagnostic | Expositions à risque* | Taille de l'échantillon | ITI** % | IP† % | RP‡ % | Total¶ % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Royaume-Uni[27] | 1999 | Mixtes | 342 | 9 (INTI)<br>3 (INNTI) | 2 | 2 | 11 |
| | 2000 | Mixtes | 430 | 12 (INTI)<br>4 (INNTI) | 3 | 1 | 16 |
| | 2001 | Mixtes | 476 | 12 (INTI)<br>4 (INNTI) | 3 | 2 | 14 |
| | 2002-2003 | Mixtes | 161 | 16 (INTI)<br>8 (INNTI) | 3 | 3 | 21 |
| Europe[28] | 1996-2002 | Mixtes | 1 369 | 9 | 2 | - | 11 |

*HRSH = hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes

**ITI = Inhibiteurs de la transcriptase inverse, INTI = Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, INNTI = Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. Des renseignements sur les INTI et les INNTI sont fournis lorsque c'est possible.

†IP = Inhibiteurs de la protéase

‡RP = Résistance pléiotrope

¶Le total peut inclure des mutations majeures et mineures associées à la phasrmacorésistance primaire.

15

## Commentaires

L'on a observé la pharmacorésistance primaire du VIH dans la plupart des pays où l'on a recours au HAART. Bien que l'interprétation des résultats soit difficile et évolue, les personnes infectées par des variants du VIH, qui sont résistants aux médicaments, peuvent courir un risque accru d'échec thérapeutique, même si elles n'ont jamais subi de traitement auparavant. Il est essentiel de surveiller la pharmacorésistance primaire non seulement pour élaborer des lignes directrices qui concernent le traitement initial, mais également pour mieux comprendre et prévenir la transmission de variants résistants.

## Références


1. Turner D, Wainberg MA. AIDS: *Where are we now?* Canadian J. CME 2004;101-3.

2. Richman D, Morton SC, Terri W et coll. *The prevalence of antiretroviral drug resistance in the United States*. AIDS 2004;1393-401.

3. Little SJ, Holte S, Routy JP et coll. *Antiretroviral drug resistance among patients recently infected with HIV.* NEJM 2002;347:385-94.

4. Boden D, Hurley A, Zhang L et coll. *HIV-1 drug resistance in newly infected individuals.* JAMA 1999;282:135-41.

5. Little SJ, Daar ES, D'Aquila RT et coll. *Reduced antiretroviral drug susceptibility among patients with primary HIV infection.* JAMA 1999;282:1142-9.

6. Brodine SK, Shaffer RA, Starkey MJ et coll. *Drug resistance patterns, genetic subtypes, clinical features, and risk factors in military personnel with HIV-1 seroconversion.* Ann Intern Med 1999;131:502-6.

7. Yerly S, Kaiser L, Race E et coll. *Transmission of anti-retroviral drug resistant HIV-1 variants.* Lancet 1999;354:729-33.

8. Kantor R, Katzenstein D. *Drug resistance in non-subtype B HIV-1.* J. Clin. Virol. 2004; 29:152-9.

9. Wainberg MA. *HIV-1 subtype distribution and the problem of drug resistance.* AIDS 2004; 18(suppl3):S63-8.

10. Erice A, Mayers DL, Strike DG et coll. *Primary infection with zidovudine-resistant human immuno-deficiency virus type 1.* N Engl J Med 1993;328:163-5.

11. Brumme ZL, Chan KJ, Dong WW et coll. *Prevalence and clinical implications of insertions in the HIV-1 p6Gag N-terminal region in drug-naïve individuals initiating antiretroviral therapy.* Antivir Ther 2003;8: 91-6.

12. Salomon H, Wainberg MA, Brenner B et coll. *Prevalence of HIV-1 viruses resistant to antiretroviral drugs in 81 individuals newly infected by sexual contact or intravenous drug use.* AIDS 2000;14(2):F17-23.

13. Routy JP, Machouf N, Edwardes MD et coll. *Factors associated with a decrease in the prevalence of drug resistance in newly HIV-1 infected individuals in Montreal.* AIDS 2004; 2305-12.

14. Cassol S, Calzavara L, Major C et coll. *HIV-1 drug resistance in Ontario seroconverters.* Ninth Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Montreal, QC, April 27-30, 2000; #135P.

15. *Programme canadien de surveillance des souches et de la résistance aux médicaments.* Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Agence de santé publique du Canada, 2005.

16. Johnson V, Petropoulos CJ, Woods CR et coll. *Vertical transmission of multidrug-resistant human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) and continued evolution of drug resistance in an HIV-1-infected infant.* J Infect Dis 2001; 183:1688-93.

17. Masquelier B, Chaix ML, Burgard, M et coll. *Zidovudine genotypic resistance in HIV-1-infected newborns in the French perinatal cohort.* J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 27:99-104.

18. Bennett DE, Zaidi IF, Heneine W et coll. *Prevalence of mutations associated with antiretroviral drug resistance among men and women newly diagnosed with HIV in 10 US cities, 1997-2001* [Abstract]. Antivir Ther 2003;8: S133.

19. Bennett D, Zaidi I, Heneine W et coll. *Prevalence of mutations associated with antiretroviral drug resistance among recently diagnosed persons with HIV 1998-2000.* Ninth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, Feb 24-28 2002; #95.

20. Duwe S, Brunn M, Altmann D et coll. *Frequency of genotypic and phenotypic drug-resistant HIV-1 among therapy-naïve patients of the German Seroconverter Study.* J. Acquir. Immune Defic Syndr 2001;26:266-73.

21. Tamalet C, Pasquier C, Yahi N et coll. *Prevalence of drug resistant mutants and virological response to combination therapy in patients with primary HIV-1 infection.* J Med Virol 2000;61:181-6.

22. Chaix ML, Descamps D, Deveau C et coll. *Antiretroviral resistance, molecular epidemiology and response to initial therapy among patients with HIV-1 primary infection in 1999-2000 in France.* XI International HIV Drug Resistance Workshop, Seville, Spain, July 2-5 2002. Antiviral Ther 2002;7(Suppl 1):#166.

23. Puig T, Perez-Olmeda M, Rubio A et coll. *Prevalence of genotypic resistance to nucleoside analogues and protease inhibitors in Spain.* The ERASE-2 Study Group. AIDS 2000;14:727-32

24. De Mendoza C, del Romero J, Rodruguez C et coll. *Decline in the rate of genotypic resistance to antiretroviral drugs in recent HIV seroconverters in Spain.* Ninth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA Feb 24-28, 2002:371M.

25. Yerly S, Vora S, Rizzardi P et coll. *Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance.* AIDS 2001; 15:2287-92.

26. Yerly S, Jost S, Telenti A et coll. *Transmission of drug resistance: impact of primary and chronic HIV infection.* XI International HIV Drug Resistance Workshop, Seville, Spain. July 2-5 2002. Antiviral Ther 2002;7(Suppl 1):#183.

27. UK HIV Drug Resistance Database. *HIV drug resistance in the United Kingdom.* Commun. Dis. Rep. CDR Wkly. Oct 23, 2003;13(43).

28. Wensing AMJ, van der Vijver DAMC, Asjo B et coll. *Prevalence of transmitted drug resistance in Europe is largely influenced by the presence of non-B sequences: analysis of 1400 patients from 16 countries: the CATCH-Study.* Antivir Ther 2003;8:S131.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**



**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

Agence de santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

VIH/sida

*Actualité en épidémiologie*

**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**

# Le nonoxinol-9 et le risque de transmission du VIH

## *Points saillants*

- **L'on ne devrait pas promouvoir le nonoxinol-9 comme moyen de prévention de l'infection à VIH.**
- **Il ne faut jamais utiliser le nonoxinol-9 par la voie rectale.**
- **Des données récentes indiquent que le nonoxinol-9 ne diminue pas le risque de transmission du VIH et qu'il pourrait même l'augmenter dans certaines circonstances.**
- **Il est urgent de mettre au point un microbicide anti-VIH qui soit sécuritaire et efficace.**

## *Site Web du CPCMI :*

**www.phac-aspc.gc.ca/hast-vsmt/index_f.html**

## Introduction

Cette section des *Actualités en épidémiologie* a pour but de résumer les données récentes sur l'efficacité du nonoxinol-9 (N-9) comme microbicide, en soulignant les effets de ce produit sur la transmission du VIH. Bien que l'efficacité du N-9 comme spermicide soit bien connue, son utilité comme microbicide a été mise en doute. En fait, des données récentes indiquent qu'il peut accroître le risque de transmission du VIH. Le présent document examine les répercussions de ces données dans le contexte de la prévention de l'infection à VIH.

## Contexte

Les microbicides sont des substances chimiques qui tuent les virus et les bactéries. Ils peuvent ainsi réduire la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes transmissibles sexuellement, lorsqu'ils sont appliqués dans le vagin ou le rectum avant les rapports sexuels. La mise au point d'un microbicide efficace constitue un objectif de recherche important, car non seulement celui-ci améliorerait l'efficacité du condom en prévenant la transmission de maladies mais, surtout, le microbicide offrirait aux femmes la possibilité de se protéger sans avoir, pour autant, à obtenir la collaboration de leur partenaire sexuel masculin (port du condom). Cette solution de rechange serait particulièrement la bienvenue, étant donné que dans la grande majorité des cas dans le monde, le VIH est transmis lors de relations hétérosexuelles.

Un produit microbicide idéal serait efficace contre plusieurs infections transmises sexuellement (ITS), y compris l'infection à VIH, serait d'utilisation sécuritaire, même plusieurs fois par jour, à action rapide, facilement adopté par les utilisateurs, abordable, incolore,

16

inodore, facile à remiser et à utiliser, très accessible et offert sous diverses formes, y compris avec ou sans agent contraceptif. Aucun des produits actuellement en élaboration ne répond à ces normes idéales et les experts affirment qu'il est peu probable qu'un produit puisse un jour répondre à toutes. La priorité immédiate demeure toutefois l'élaboration d'un produit microbicide qui assurerait une protection contre le VIH[1].

Le N-9 est l'un des microbicides les plus étudiés en vue de prévenir l'infection à VIH et d'autres ITS. Au départ, il a été mis au point comme spermicide (un produit chimique qui tue les spermatozoïdes et prévient ainsi la grossesse). Ce type de produit est utilisé comme agent contraceptif spermicide et sert de constituant complémentaire dans le gel lubrifiant utilisé avec des méthodes de contraception dites de barrière, comme le condom. Les études ont permis de démontrer que lorsque les spermicides sont utilisés seuls, leur taux d'efficacité comme méthode de prévention des grossesses est de 75 % à 85 %[2,3]. En outre, l'on a également reconnu le N-9 comme un composé qui peut éliminer les virus et les bactéries et on l'a donc proposé comme microbicide qui peut prévenir l'infection à VIH. Les études en laboratoire ont permis de démontrer que le N-9 assure la destruction ou interrompt la croissance du VIH ainsi que des agents pathogènes responsables d'autres ITS, comme l'herpès génital, la gonorrhée, la syphilis, la trichomonase et la chlamydia[4]; mais depuis, la recherche a clairement montré que l'on ne peut utiliser le N-9 comme microbicide.

Un certain nombre de produits qui contiennent du N-9 sont homologués comme contraceptifs au Canada. Ces produits sont disponibles sans ordonnance et se présentent sous diverses formes, p. ex. crème, pellicule, mousse, gel et condom avec lubrifiant spermicide. Des exemples de produits incluent la mousse Delfen, le gel contraceptif Gynol II, l'éponge contraceptive Protectaid, les marques de condom Trojan et Lifestyle qui, selon l'étiquette, contiennent un spermicide. Les condoms avec ou sans N-9 assurent une prévention contre les maladies sur la base de leur efficacité en tant que barrière mécanique.

## Données probantes qui concernent le nonoxinol-9 et la transmission du VIH

L'utilisation fréquente du N-9 peut entraîner des lésions et des ulcérations des muqueuses génitales, ce qui augmente la probabilité de transmettre des agents infectieux[5]. Des études ont également permis de démontrer que les effets indésirables du N-9 sur la muqueuse vaginale sont reliés à la dose, ce qui tendrait à confirmer que la marge de sécurité du N-9 est peut-être étroite[6]. La présente section résume les données probantes qui se rapportent à l'emploi du N-9 et à la transmission du VIH.

Même si les études en laboratoire ont clairement démontré que le N-9 pourrait constituer une barrière efficace contre le VIH, des essais cliniques chez les humains ont donné des résultats variables. Plusieurs études d'observation ont permis de démontrer que le N-9 peut réduire le risque de transmission du VIH, mais la méthodologie utilisée n'a pas permis de dégager des conclusions définitives[7-10]. Une enquête de méta-analyse qui combinait les données de plusieurs études en est arrivée à la conclusion que le N-9 peut protéger contre la gonorrhée et la chlamydia[11], mais un essai comparatif récent sur échantillon aléatoire a permis de découvrir que le gel de N-9 ne protégeait pas contre les infections génito-urinaires de la gonorrhée ou de la chlamydia[12]. De même, un rapport récent de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concluait que les spermicides qui renferment du N-9 ne conféraient pas de protection contre la gonorrhée et la chlamydia[13]. Selon une étude de cohorte récemment publiée, rien ne prouve l'effet protecteur du N-9 contre le VIH[14], ce qui concorde avec les résultats obtenus dans le cadre de deux essais contrôlés sur la question. L'un des essais a permis de découvrir que l'effet protecteur n'était pas significatif, mais qu'il y

avait une incidence plus élevée d'ulcérations génitales dans le groupe auquel le N-9 a été administré, en comparaison du groupe témoin[15]. Un autre essai a révélé que les infections à VIH étaient plus nombreuses dans le groupe à l'étude que dans le groupe témoin, bien que cet écart ne soit pas statistiquement significatif[16].

Les données récentes les plus marquantes proviennent d'une étude réalisée entre 1996 et 2000 chez des travailleuses du sexe de quatre pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Afrique du Sud et Thaïlande) et qui portent sur le gel vaginal COL-1492, qui contient du N-9. Il ressort que ce gel exerce un effet indésirable sur l'intégrité vaginale lorsqu'il est utilisé fréquemment, ce qui augmente la susceptibilité des femmes à l'infection à VIH-1. Un usage peu fréquent du produit n'avait aucun effet, ni positif ni négatif, sur l'infection à VIH-1[17].

L'on a étudié l'association entre le N-9 et les lésions génitales dans une étude multi-emplacements sur la sécurité dans l'Afrique subsaharienne, au cours de laquelle des femmes appliquaient dans leur vagin, deux fois par jour, 100 mg de gel qui contenait du N-9 ou un gel placebo. Le groupe du N-9 avait des taux significativement plus importants de symptômes vaginaux et d'escarrifications épithéliales que le groupe comparatif qui utilisait un placebo[18]. L'évaluation de la sécurité du gel de nonoxinol-9 chez les femmes à faible risque d'infection à VIH s'est faite entre 1993 et 1995 dans cinq centres, où le gel COL-1492 était comparé avec un gel placebo et un groupe témoin sans traitement[19]. L'on n'a pas trouvé que l'application du gel COL-1492 une fois par jour pendant 14 jours consécutifs était associée à un niveau significatif de lésions avec une escarrification de l'épithélium. Bien qu'il soit difficile d'extrapoler les résultats de ces études à la population en général, en ce qui a trait à la fréquence des relations sexuelles, à la posologie ainsi qu'au mode d'utilisation du N-9 (y compris l'utilisation occasionnelle d'un condom lubrifié au N-9), il faudrait soupeser les avantages théoriques de l'utilisation du N-9 dans ces situations, par rapport aux potentialités établies d'effets secondaires nocifs.

L'on a aussi vendu des produits qui contiennent du nonoxinol-9 comme lubrifiants lors des relations sexuelles anales. Une étude a comparé les effets du K-Y® Plus, qui contient 2,0 % de N-9, et du ForPlay®, qui contient 1 % de N-9, avec un placebo comme le PC-515 et la méthylcellulose[20]. L'étude a permis de démontrer que les produits contenant du N-9 utilisés dans le rectum peuvent causer une rapide exfoliation de grandes couches de l'épithélium dans les 15 minutes de l'application. Dans une autre étude utilisant du K-Y®. Plus qui contient 2 % de N-9, l'on a recueilli des spécimens de lavage et de biopsie pour évaluer l'état du rectum à divers intervalles après l'insertion de 5 ml de K-Y® Plus[21]. Les auteurs ont observé que le N-9 causait une desquamation des couches de l'épithélium dans les 15 minutes de l'insertion. Les auteurs ont conclu que l'utilisation rectale de produits contenant du N-9 peut accroître le risque d'infection à VIH et autres ITS, encouru par une personne.

## Recommandations

Prises ensemble, les données récentes confirment que l'utilisation fréquente du N-9 ne réduit pas le risque d'infection à VIH et qu'il peut même accroître le risque de lésions et d'altérations de l'intégrité de la muqueuse génitale. Dans le cas d'un emploi rectal, même une seule utilisation d'une faible dose de N-9 peut accroître le risque d'infection à VIH en causant des escarrifications et des lésions de la muqueuse rectale. Il n'existe actuellement aucune donnée qui permette de savoir si les résultats s'appliquent également aux situations pour lesquelles la posologie et la fréquence d'utilisation du N-9 sont plus faibles (sauf dans le cas d'une utilisation rectale, pour laquelle il existe des preuves d'un risque éventuel). L'OMS a déclaré que le N-9 ne prévient manifestement pas l'infection à VIH et peut même favoriser l'infection s'il est utilisé fréquemment[13]. Elle a recommandé d'éviter de l'utiliser comme moyen de prévenir les ITS (dont l'infection à VIH) ou comme contraceptif, s'il est utilisé fréquemment, et de ne pas s'en servir pour un usage rectal[22].

La Food and Drug Administration des États-Unis a proposé de nouvelles étiquettes de mise en garde pour les contraceptifs en vente libre qui contiennent ce spermicide[23]. L'on y indiquera que ces contraceptifs ne protègent pas contre l'infection à VIH ni contre d'autres ITS. Les mises en garde proposées mentionneront aussi que l'usage de ces produits peut accroître l'irritation vaginale, ce qui peut augmenter le risque de contracter l'infection à VIH et d'autres ITS. Quelques fabricants de condoms, dont SSL International, Johnson & Johnson et Mayer, ont de leur propre initiative cessé de produire des condoms avec du N-9[24].

Santé Canada n'a jamais recommandé l'utilisation seule du N-9 comme moyen efficace de prévention de l'infection à VIH. L'évaluation actuelle des données indique ce qui suit.

- L'on ne devrait pas promouvoir le N-9 comme moyen efficace de prévention de l'infection à VIH. L'on ne devrait surtout pas recommander l'usage du N-9 comme solution de rechange pour la prévention de l'infection à VIH aux personnes qui ne peuvent utiliser de condom.

- Il ne faudrait jamais se servir du N-9 pour un usage rectal. Même de faibles doses utilisées rarement causent une escarrification importante de la muqueuse rectale, ce qui accroît certainement le risque d'infection à VIH et à d'autres ITS.

- Pour la prévention des ITS, dont l'infection à VIH, un condom lubrifié au N-9 est préférable à l'absence de condom. La protection offerte par la barrière mécanique que constitue le condom semble compenser le risque éventuel associé au N-9, à tout le moins avec une utilisation peu élevée et un dosage faible pour des relations sexuelles vaginales.

- Si le N-9 est utilisé comme aide à la contraception, l'on devrait en peser soigneusement les avantages par rapport aux risques accrus de lésions génitales et de transmission éventuelle du VIH.

Aux États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention ont émis de semblables recommandations[25,26].

## Orientations futures

Ces résultats décevants en ce qui touche l'inefficacité du N-9 comme microbicide renforcent l'importance et l'urgence d'effectuer des recherches sur la mise au point d'autres composés que l'on pourrait utiliser comme microbicides. D'autres catégories de composés prometteurs comprennent les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (comme l'efavirenz), les inhibiteurs de la fixation du virus (comme le sulfate de cellulose) et les produits naturels (comme les gels tampons). Récemment, l'on a mis au point un nouveau gel expérimental qui semble constituer un contraceptif sécuritaire et efficace, selon des études sur des animaux. Le composé, appelé polymère de condensation de l'acide mandélique, ou SAMMA, a bloqué le VIH et deux souches du virus de l'herpès simplex dans des tests en laboratoire[27]. De plus, une étude sur des dérivés de polysaccharides sulfatés d'*Escherichia coli* K5 a donné des résultats prometteurs. Ces dérivés ont semblé prévenir l'infection ainsi qu'inhiber la réplication du VIH-1, ce qui permet de supposer que leur action pourrait être spécifiquement associée aux phases initiales de la fixation du virus et de la pénétration cellulaire[28].

Il est urgent de mettre au point un microbicide qui peut réduire grandement la propagation des infections transmises sexuellement, dont l'infection à VIH, et qui peut être utilisé par les femmes. Pour les personnes qui n'ont pas accès au condom ou qui ne peuvent pas en négocier l'utilisation, en particulier les femmes, la désignation de solutions de rechange sécuritaires et efficaces pour la prévention de l'infection à VIH constitue une priorité en santé publique.

## Références

1. *Microbicides. Update: issue update. The Henry J. Kaiser Family Foundation. May 2001.*

16

2. Trussell J, Hatcher RA, Cates W Jr et coll. *Contraceptive failure in the United States: an update*. Stud Fam Plann 1990;21(1):51-4.

3. Steiner MJ, Hertz-Picciotto I, Schulz KF et coll. *Measuring true contraceptive efficacy. A randomized approach – condom vs. spermicide vs. no method*. Contraception 1998;58(6): 375-8.

4. U.S. National Library of Medicine. *Spermicides (vaginal)*. MEDLINE plus Health Information. Micromedex Inc. Révisé le 28 juillet 1993.

5. Gagne N, Cormier H, Omar RF et al. *Protective effect of a thermoreversible gel against the toxicity of nonoxynol-9*. Sex Transm Dis 1999;26:N.3 177-83

6. Rustomjee R, Abdool Karim Q, Abdool Karim SS et coll. *Phase I trial of nonoxynol-9 film among sex workers in South Africa*. AIDS 1999;13(12):1511-5.

7. Wittkowski KM, Dietz K. *The protective effect of condoms and nonoxynol-9 against HIV infection*. National Conference Women and HIV, May 4-7, 1997 (Résumé n° P1.68).

8. Wittkowski KM, Susser E, Dietz K. *Nonoxynol-9 in preventing heterosexual transmission of HIV- using multivariate methods in re-analysing previous and planning future studies*. XII[e] Conférence internationale sur le sida, Genève, juin-juillet 1998 (Résumé n° 33142).

9. Wittkowski KM, Susser E, Dietz K. *The protective effect of condoms and Nonoxynol-9 against HIV infection*. Am J Pub Health 1998;88(4):590-6.

10. *Comment*. Am J Public Health 1999;89(1): 198-210.

11. Cook RL, Rosenberg MJ. *Do spermicides containing N-9 prevent sexually transmitted infections? A meta-analysis*. Sex Transm Dis 1998;25(3):144-50.

12. Roddy R E, Zekeng L, Ryan KA et coll. *Effect of nonoxynol-9 gel on urogenital gonorrhea and chlamydial infection: a randomized controlled trial*. JAMA 2002;287:1117-22.

13. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Nonoxynol-9 ineffective in preventing HIV infection*. 28 June, 2002. Communiqué de presse OMS/55. URL : <www.who.int/en/pr-2002-55.html>.

14. Hira SK, Feldblum PJ, Kamanga J et coll. *Condom and nonoxynol-9 use and the incidence of HIV infection in serodiscordant couples in Zambia*. Int J STD AIDS 1997; 8(4):243-50.

15. Roddy RE, Zekeng L, Ryan KA et coll. *A controlled trial of nonoxynol-9 film to reduce male-to-female transmission of sexually transmitted diseases*. N Engl J Med 1998; 339(8):504-10.

16. Kreiss J, Ngugi E, Holmes K et coll. *Efficacy of nonoxynol 9 contraceptive sponge use in preventing heterosexual acquisition of HIV in Nairobi prostitutes*. JAMA 1992;268(4):477-82.

17. Van Damme L, Ramjee G, Alary M et coll. *Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomised controlled trial*. Lancet 2002;360(9338):971-7. Erratum in Lancet 2002;360(9348):1892.

18. Hoffman T, Taha TE, Padian NS et coll. *Nonoxinol-9 100 mg gel: multi-site safety study from sub-Saharan Africa*. AIDS 2004; 18(16):2191-5.

19. Van Damme L, Niruthisard S, Atisook R et coll. *Safety Evaluation of nonoxinol-9 gel in women at low risk of HIV infection*. AIDS 1998;12: 733-7.

20. Phillips DM, Taylor CL, Zacharopoulos VR, Maguire RA. *Nonoxinol-9 causes rapid exfoliation of sheets of rectal epithelium*. Contraception 2000;62:149-54.

21. Phillips DM, Sudola KM, Taylor CL et coll. *Lubricants containing N-9 may enhance rectal transmission of HIV and other STIs*. Contraception 2004;70:101-10.

22. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Declaration on dual protection: male and female condoms and spermicides*. AIDS Summary, No. 9(sept. 2003):3. URL : <www.ippfwhr.org/publications/serial_article_e.asp?serialissuesid=140&articleid=299> (accessed January 20th 2004).

23. *Over-the-Counter Vaginal Contraceptive Drug Products Containing Nonoxynol 9; Required*


16

*Labeling*. URL : <www.fda.gov/OHRMS/DOCKETS/98fr/03-902.htm>. 2003.

24. *The body: an AIDS and HIV information resource*. HIV/AIDS Newsroom, January 21, 2004. http://www.thebody.com/kaiser/2004/jan21_04/nonoxynol_9.html (accessed Jan. 30, 2004).

25. Centers for Disease Control and Prevention. *Dear Colleague Letter*, 4 août 2000.

26. Centers for Disease Control and Prevention. *CDC statement on study results of product containing nonoxynol-9*. MMWR 2000;49(31): 717.

27. Reuters Health. *Vaginal contraceptive/HIV fighter seems promising*. (12.05.02)

28. Vicenzi E, Gatti A, Ghezzi S et coll. *Broad spectrum inhibition of HIV-1 infection by sulfated K5 Escherichia coli polysaccharide derivatives*. AIDS 2003;17(2):177-81.

## Remerciements

Il est possible d'exercer une surveillance nationale du VIH et du sida grâce à la participation de toutes les provinces et de tous les territoires et à l'élaboration des grandes orientations en la matière. Le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses tient donc à remercier tous les coordonnateurs provinciaux et territoriaux de la lutte contre le VIH/sida, les unités de santé publique, les laboratoires, les dispensateurs de soins et les médecins déclarants d'avoir fourni les données confidentielles non nominatives pour la surveillance nationale.

***Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec la :***

**Division de la surveillance et de l'évaluation des risques**
**Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses**
**Agence de santé publique du Canada**
**Pré Tunney**
**Localisateur postal 0602B**
**Ottawa, (Ontario) K1A 0K9**
**Téléphone : (613) 954-5169**
**Télécopieur : (613) 946-8695**
**www.phac-aspc.gc.ca**



**Mission**
Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
*Agence de santé publique du Canada*

# GLOSSAIRE

Il existe maintenant un *Guide des termes d'usage dans l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida*. Ce guide contient plus de 65 termes et de 20 questions fréquemment posées. On peut le consulter à l'adresse suivante : www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/haest-tesvs/index_f.html. On peut également s'en procurer des exemplaires en s'adressant à la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, dont l'adresse figure à la section « Renseignements à l'intention des lecteurs des *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* ». Un certain nombre d'acronymes et de termes qui peuvent être utiles à la lecture des *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* figurent dans la liste ci-dessous.

## ACRONYMES

| | |
|---|---|
| **HRSH** | → Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes |
| **OMS** | → Organisation mondiale de la santé |
| **PES** | → Programme d'échange de seringues |
| **Sida** | → Syndrome d'immunodéficience acquise |
| **UDI** | → Utilisateurs de drogue par injection |
| **VIH** | → Virus de l'immunodéficience humaine |

## TERMES

**Catégorie d'exposition**

Dans le cadre de la surveillance du VIH et du sida, façon la plus probable dont une personne a contracté le VIH, c.-à-d. la voie la plus probable de transmission de l'infection à VIH.

**Co-infection**

Survenue de deux infections en même temps. Par exemple, une personne infectée à la fois par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) ou par le VIH et le bacille tuberculeux a une co-infection. Lorsqu'il y a co-infection, la progression de l'une des deux maladies peut être accélérée par l'autre.

**Données auto-déclarées**

Dans les études scientifiques, renseignements fournis directement par les participants.

**Étude de cohorte**

Étude qui vise à examiner la survenue de nouveaux cas d'une maladie ou la façon dont les réponses à un traitement sont liées à des facteurs spécifiques. Ces facteurs peuvent être enregistrés au début ou au cours de l'étude.

Une étude de cohorte débute par le recrutement d'un groupe de personnes qui participeront à l'étude. Ce groupe est appelé une cohorte.

La cohorte est suivie pendant une période donnée (semaines, mois, années ou décennies). Les données de suivi sont recueillies à intervalles réguliers soit au moyen de questionnaires, d'entrevues personnelles, d'épreuves de laboratoire, d'examens médicaux ou d'une combinaison de ces méthodes.

Une étude de cohorte est parfois appelée étude prospective ou longitudinale.

**Facteur de risque**

Aspect du comportement ou du mode de vie d'une personne, caractéristique avec laquelle une personne est née ou événement auquel elle a été exposé et qu'on sait être associé à un problème de santé. Un risque *comportemental* désigne un comportement particulier qui est associé à un risque démontré d'obtenir un résultat particulier. Dans les études sur le VIH/sida, on utilise souvent le terme « comportement à risque associé au VIH » pour décrire un comportement qui, lorsqu'il est adopté, est associé à un risque démontré d'infection à VIH.

**Incidence**

Nombre d'événements *nouveaux* d'une maladie donnée durant une période déter-

minée dans une population particulière. L'incidence du VIH désigne le nombre de *nouvelles* infections à VIH qui surviennent au cours d'une période donnée dans une population particulière.

**Maladie à déclaration obligatoire**

Maladie jugée d'une telle importance pour la santé publique que sa survenue doit obligatoirement être signalée aux autorités sanitaires.

**Méthodologie**

Section d'un rapport ou d'une étude scientifique qui décrit la façon dont l'étude a été menée (les méthodes) et les principes utilisés par les chercheurs. Parmi ces méthodes, citons la façon dont les participants ont été recrutés et dont les données ont été recueillies, organisées et analysées.

**Personnes-années**

Durée d'expérience ou d'exposition d'un groupe de personnes qui ont été observées pendant des périodes variables. C'est la somme des périodes totales d'exposition, d'observation ou à risque de chaque personne. On utilise parfois l'abréviation PA. Les personnes-années sont souvent utilisées comme dénominateur pour exprimer le taux d'incidence.

**Population à risque**

Groupe de personnes qui court le risque de contracter une maladie.

**Prévalence**

Nombre total de personnes atteintes d'une maladie ou d'un trouble donné dans une population déterminée à un moment donné. La prévalence du VIH chez les Canadiens correspond au nombre total de personnes vivant avec l'infection à VIH (y compris celles atteintes du sida) au Canada à un moment donné.

**Séroconversion**

La racine « séro » renvoie au sérum de la partie liquide du sang. Dans les études sur le VIH/sida, la séroconversion désigne la production d'anticorps détectables dirigés contre le VIH dans le sang à la suite d'une infection à VIH. Une personne séronégative qui devient séropositive pour le VIH est considérée comme un cas de séroconversion.

**Séroprévalence**

Prévalence ou taux de prévalence d'une maladie établi au moyen de tests effectués sur le sang plutôt que la salive, l'urine ou les expectorations.

**Surveillance**

Collecte, analyse et interprétation continues de données sur une maladie, telle que l'infection à VIH ou un problème de santé. L'objectif de la surveillance est d'évaluer l'état de santé de populations, de détecter des changements dans les tendances épidémiologiques ou des changements dans la distribution de la maladie, de définir les priorités, de faciliter la prévention et le contrôle de la maladie, et de surveiller et d'évaluer les programmes connexes de traitement et de prévention.

**Surveillance sentinelle**

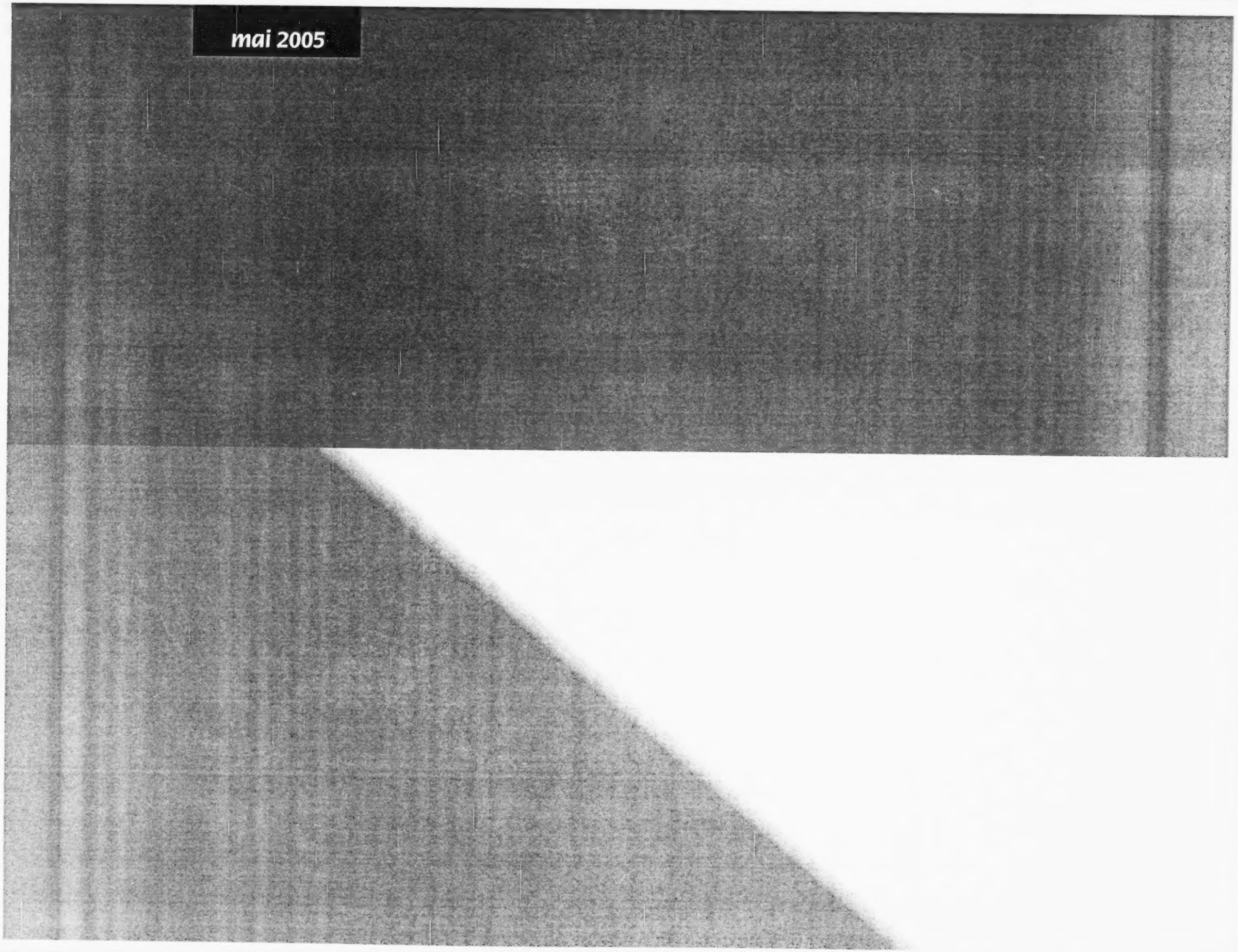
Type d'activité de surveillance où certaines installations, telles que les cabinets de certains professionnels de la santé, les hôpitaux ou les cliniques dans une région géographique, sont chargées de recueillir des données sur une maladie, p. ex. l'infection à VIH. Ces données sont communiquées à une base de données centrale afin d'être analysées et interprétées.

**Taux**

Expression de la fréquence avec laquelle un événement survient dans une population définie au cours d'une période donnée. Dans les études sur le VIH/sida, un taux peut désigner la proportion d'une population vivant un « événement » particulier, tel que l'infection à VIH, au cours d'une période déterminée.

**Transmission périnatale**

Transmission du VIH d'une mère infectée par le VIH à son enfant, que ce soit *in utero,* durant l'accouchement ou lors de l'allaitement.


mai 2005